

**'N ONDERSOEK NA DIE HANTERING
VAN SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KINDERS**

deur

HELEN WILNA VAN STRAATEN

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

MAGISTER EDUCATIONIS (SPESIALISERING IN VOORLIGTING)

in die

DEPARTEMENT SIELKUNDIGE OPVOEDKUNDE

aan die

UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

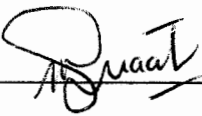
STUDIELEIER: MEV S BURGER

JUNIE 1995

**Opgedra aan my man,
Werner, en my dogter,
Mylennie.**

VERKLARING

Ek verklaar hiermee dat: " 'n Onderzoek na die hantering van seksueel-gemolesteerde kinders " my eie werk is en dat ek alle bronne wat gebruik of aangehaal is deur middel van volledige verwysings aangedui en erken het.



H W van Straaten

DANKBETUIGINGS

Hiermee wil ek my opregte dank en waardering teenoor die volgende persone vir hulle hulp en bydrae tydens hierdie ondersoek, uitspreek.

- * Mev. S Burger, vir haar positiewe leiding en steun. Dit was 'n voorreg om onder u leiding te kon studeer.
- * Ria Cronje, vir al die ure se opoffering en keurige tikwerk.
- * Mariëtte Moller vir die kundige taalversorging.
- * My twee moeders, Mevv. H Maree en C van Straaten, vir al die ure se liefdevolle versorging van my kind gedurende hierdie tydperk.
- * Werner, vir aanmoediging, bystand en geloof in my. Onder moeilike omstandighede het jy my gedra en my pad gelyk gemaak. Hiervoor my opregte waardering.

Aan my Here: lof, dank en aanbidding vir krag, leiding en motivering tydens hierdie studie.

H W van Straaten

Witbank

Junie 1995

OPSOMMING

'N ONDERSOEK NA DIE HANTERING VAN SEKSUEEL- GEMOLESTEERDE KINDERS.

DEUR : HELEN W. VAN STRAATEN

GRAAD : MAGISTER EDUCATIONIS
(SPESIALISERING IN VOORLIGTING)

DEPARTEMENT : SIELKUNDIGE OPVOEDKUNDE

UNIVERSITEIT : UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

STUDIELEIER : MEV. S BURGER

Hierdie studie ondersoek die hantering van seksueel-gemolesteerde kinders. Die kliniese beeld sowel as die fisiese- en gedragsimptome is kriteria by die uitkenning van seksuele molestering. Die hantering van die seksueel-gemolesteerde kind is medebepalend vir die onmiddellike en langtermyn gevolge van seksuele molestering.

Seksuele molestering word vanuit 'n sielkundig-opvoedkundige perspektief bespreek. Die studie neem die seksueel-gemolesteerde kind se betekenisgewing, beleving, betrokkenheid, selfaktualisering en selfkonsep in beskouing.

Terapeutiese tegnieke, soos toegepas in gevalle van seksuele molestering, word vir gebruik deur professionele persone en instansies, bespreek.

Die empiriese ondersoek fokus op die houdinge, hanteringswyses en toepassing van terapeutiese tegnieke deur professionele persone en instansies in die Witbank omgewing. Volgens die navorsingsresultate is daar geen uniforme hanteringswyse of riglyne vir terapie ten opsigte van seksueel-gemolesteerde kinders nie. Die navorsing toon verder swak interinstansie-samewerking wat die voordele van uniforme hanteringswyses en riglyne vir terapie ernstig aan bande lê.

SUMMARY

AN INVESTIGATION INTO THE TREATMENT OF SEXUALLY ABUSED CHILDREN

BY : HELEN W VAN STRAATEN

**DEGREE : MAGISTER EDUCATIONIS
(GUIDANCE AND COUNSELLING)**

DEPARTMENT : PSYCHOLOGY OF EDUCATION

UNIVERSITY : UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA

MENTOR : MRS S BURGER

This study investigates the treatment of sexually-abused children. The clinical framework and the physical and behavioural symptoms being some of the criteria utilised to identify such children. The methods used to treat cases co-determine the immediate and long-term effects of sexual abuse.

Sexual abuse is discussed from an educational-psychological perspective. The study reflects on the child's meaning, experiencing, involvement, self-actualisation, self-concept and their effects on her life.

Professional approaches, therapeutic techniques and treatments are described for use by professionals and agencies, based on an empirical investigation conducted in Witbank.

The results of the research indicate a non-uniform approach in guidelines used for therapeutic techniques and the treatment of sexually-abused children. The research shows further that interaction between professional bodies and -individuals in treatment of these cases is poor and the benefits that should result from uniform treatment are therefore severely limited.

KEY TERMS

TITLE OF THE DISSERTATION

An investigation into the treatment of sexually abused children.

KEY TERMS

Sexual abuse; treatment; physical and behavioural symptoms; therapeutic techniques; uniform approach; educational-psychological perspective; attribution of meaning; experience; involvement; self-actualisation; self-concept; professionals; agencies.

INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
VERKLARING	iii
DANKBETUIGINGS	iv
OPSOMMING	v
SUMMARY	vi
KEY TERMS	vii
 HOOFSTUK 1	 1
 INLEIDENDE ORIËNTERING, LITERATUUROORSIG, PROBLEEMSTELLING EN DIE VERLOOP VAN DIE STUDIE	
 1.1 INLEIDENDE ORIËNTERING	 1
 1.2 VOORLOPIGE LITERATUURSTUDIE	 1
 1.2.1 Inleiding	 1
 1.2.2 'n Algemene samevatting van die bevindinge wat verkry is uit die Bostonstudie	 2
 1.2.2.1 Blootstelling ten opsigte van seksuele molestering	 2
 1.2.2.2 Verpligte aanmeldings	 4
 1.2.2.3 Samewerking tussen instansies	 5
 1.2.2.4 Aanbevole ingryping ten opsigte van 'n hipotetiese geval	 6

1.2.2.5 Houdings ten opsigte van ingrypingsdoelwitte	7
1.2.2.6 Houdings en hanteringswyses van die volgende drie stellings:	8
<i>(i) Om kriminele klagtes aanhangig te maak.</i>	
<i>(ii) Om òf die kind òf die oortreder uit die huis te verwyder.</i>	
<i>(iii) Om 'n herhaling van seksuele molestering te voorkom.</i>	
1.2.3 Implikasies vir die praktyk	9
1.3 PROBLEEMSTELLING	10
1.4 AFBAKENING VAN STUDIETERREIN	11
1.4.1 Algemene afbakening	11
1.4.2 Spesifieke afbakening	11
1.5 DOELSTELLINGS VAN DIE STUDIE	12
1.5.1 Algemene doelstellings	12
1.5.2 Spesifieke doelstellings	12
1.6 DIE VERLOOP VAN DIE STUDIE	12
HOOFSTUK 2	14
SEKSUELE MOLESTERING	
2.1 INLEIDING	14
2.2 DEFINIËRING EN OMSKRYWING VAN DIE BEGRIP SEKSUELE MOLESTERING	15

2.2.1	Wat is seksuele molestering? 'n Definisie	15
2.2.2	Die aard van seksuele molestering	18
2.3	KLINIESE BEELD VAN DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND	20
2.4	FAKTORE WAT DIE EFFEK VAN SEKSUELE MOLESTERING BEÏNVLOED	22
2.4.1	Die ontwikkelingsfase van die kind wanneer molestering plaasvind	22
2.4.2	Die duur van die molestering	22
2.4.3	Die ondersteuningsisteme beskikbaar vir die kind	23
2.4.4	Verhouding tussen die oortreder en die kind	24
2.4.5	Die aard van die molestering	24
2.4.6	Die graad van deelname deur die kind	25
2.4.7	Die geslag van die kind en die molesteerder	25
2.5	IDENTIFIKASIE EN EVALUERING VAN DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND	26
2.6	OPTREDE AS 'N KIND SEKSUEEL GEMOLESTEER IS	29
2.6.1	Die hantering van die kind	29
2.6.2	Mediese ondersoek	29
2.6.3	Aanmelding van die seksuele molestering	30

2.6.4	Professionele hulp	31
2.7	DIE KORTTERMYNEFFEKTE VAN SEKSUELE MOLESTERING	32
2.8	DIE LANGTERMYNEFFEKTE VAN SEKSUELE MOLESTERING	33
2.9	SEKSUELE MOLESTERING AS 'N MORELE PROBLEEM	34
2.10	SINTESE	36
	HOOFSTUK 3	38
	DIE LEEFWÊRELD VAN DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND. 'N SIELKUNDIG-OPVOEDKUNDIGE PERSPEKTIEF	
3.1	INLEIDING	38
3.1.1	Betekenisgewing	38
	<i>Wesenlike komponente van betekenisgewing</i>	39
3.1.2	Betrokkenheid	39
	<i>Wesenlike komponente van betrokkenheid</i>	40
3.1.3	Belewing	40
	<i>Wesenlike komponente van belewing</i>	41
3.1.4	Selfaktualisering	41
3.1.5	Selfkonsepvorming	42

3.2	DIE LEEFWÊRELD VAN DIE KIND WAT NIE SEKSUEEL GEMOLESTEER IS NIE	42
3.2.1	Die junior primêre kind	43
3.2.2	Die senior primêre kind	43
3.2.3	Die junior sekondêre kind	45
3.2.4	Die senior sekondêre kind	46
3.3	DIE LEEFWÊRELD VAN DIE SEKSUEEL- GEMOLESTEERDE KIND.	46
3.3.1	Betekenisgewing	46
3.3.1.1	<i>Junior primêre fase</i>	46
3.3.1.2	<i>Senior primêre fase</i>	47
3.3.1.3	<i>Junior sekondêre fase</i>	47
3.3.1.4	<i>Senior sekondêre fase</i>	47
3.3.2	Betrokkenheid	48
3.3.2.1	<i>Junior primêre fase</i>	48
3.3.2.2	<i>Senior primêre fase</i>	48
3.3.2.3	<i>Junior sekondêre fase</i>	48
3.3.2.4	<i>Senior sekondêre fase</i>	48
3.3.3	Belewing	49

3.3.3.1	<i>Junior primêre fase</i>	49
3.3.3.2	<i>Senior primêre fase</i>	49
3.3.3.3	<i>Junior sekondêre fase</i>	49
3.3.3.4	<i>Senior sekondêre fase</i>	50
3.3.4	Selfaktualisering	50
3.3.4.1	<i>Junior primêre fase</i>	50
3.3.4.2	<i>Senior primêre fase</i>	50
3.3.4.3	<i>Junior sekondêre fase</i>	50
3.3.4.4	<i>Senior sekondêre fase</i>	51
3.3.5	Selfkonsepvorming	51
3.4	SINTESE	52
HOOFSTUK 4		53
TERAPEUTIESE TEGNIEKE		
4.1	INLEIDING	53
4.2	TERAPIE MET DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND	53
4.3	SOORTE TERAPIE	55
4.3.1	Groep terapie met tieners	55

4.3.2	Dans- of bewegingsterapie	56
4.3.3	Dramaterapie met adolessente	57
4.3.4	Briewe aan "Tammy"	58
4.3.5	Terapie deur middel van gedigte	58
4.3.6	"Paraverbal Therapy"	59
4.3.7	Musiekterapie	60
4.3.8	Onderhoudvoering	61
4.3.9	Rollespel	65
4.3.10	Gesinsterapie	66
4.3.11	Die storie van die ander kind	71
4.3.12	Die gebruik van anatomies korrekte poppe	73
4.3.13	Hipnose	75
4.3.14	Spelterapie	75
4.3.15	Mensmodellering	77
4.4	SINTESE	79
	HOOFSTUK 5	80
	NAVORSINGSONTWERP	
5.1	INLEIDING	80

5.2	DIE DOEL VAN DIE EMPIRIESE STUDIE	80
5.3	DIE NAVORSINGSMETODE	81
5.4	DIE SELEKTERING VAN PROEFPERSONE	81
5.5	MEDIA WAT INGESKAKEL IS	81
5.6	WERKSWYSE WAT GEVOLG IS	82
5.7	INTERPRETASIE VAN DIE RESULTATE	82
5.8	VRAELYS	83
5.9	SINTESE	83
	 HOOFSTUK 6	 84
	 EMPIRIESE STUDIE	
6.1	INLEIDING	84
6.2	ONTLEDING VAN DIE RESULTATE	84
6.2.1	Komponent 1 : Agtergrondgegevens	85
6.2.2	Komponent 2 : Aanmelding van seksuele molestering	87
6.2.3	Komponent 3: Professies en instansies gemoeid met seksuele molestering	92
6.2.4	Komponent 4: Verwysings	96
6.2.5	Komponent 5: Ingrypings- en terapeutiese tegnieke	100

6.2.6	Komponent 6: Wetgewing en die uitvoering daarvan	104
6.2.7	Komponent 7: Houdings en hanteringswyses van seksuele molestering deur professionele persone en instansies.	105
6.3	SINTESE	115
	HOOFSTUK 7	116
	SAMEVATTING VAN BEVINDINGE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	
7.1	INLEIDING	116
7.2	BEVINDINGE UIT DIE LITERATUURSTUDIE	116
7.2.1	Bevindinge uit hoofstuk 1	116
7.2.2	Bevindinge uit hoofstuk 2	121
7.2.3	Bevindinge uit hoofstuk 3	122
7.2.4	Bevindinge uit hoofstuk 4	123
7.3	BEVINDINGE UIT DIE EMPIRIESE STUDIE	123
7.3.1	Agtergrondgegewens	123
7.3.2	Aanmelding van seksuele molestering by die polisie of die welsyn soos verplig deur wetgewing	124
7.3.3	Professies en instansies gemoeid met seksuele molestering	125
7.3.4	Kriteria vir die verwysing van alle seksuele molestering na ander professionele persone en instansies	127

7.3.5	Ingrypings- en terapeutiese tegnieke	127
7.3.6	Wetgewing en die uitvoering daarvan	129
7.3.7	Houdings teenoor die volgende stellings:	129
	(i) Die kind moet uit die gesin verwyder word.	
	(ii) Die oortreder moet uit die gesin verwyder word.	
	(iii) Alles moet gedoen word om te verseker dat die gesin bymekaar bly.	
7.4	GEVOLGTREKKINGS	130
7.5	LEEMTES IN DIE STUDIE	131
7.6	AANBEVELINGS	132
7.7	SLOTOPMERKING	133
8	BRONNELYS	134
9	ADDISIONELE BRONNELYS	139
	BYLAE A: VRAELYS	141

LYS VAN TABELLE

Tabel 1	Instansies en hulle blootstelling aan seksuele molestering	3
Tabel 2	Identiteit van oortreder	3
Tabel 3	Voldoening aan verpligte aanmeldings van seksuele molestering	4
Tabel 4	Verwysings na ander instansies	6
Tabel 5	Houdings ten opsigte van stellings (i) en (ii)	8
Tabel 6	Houdings ten opsigte van stelling (iii)	9
Tabel 7	Agtergrondgegewens	85
Tabel 8	Verpligte aanmeldings	90
Tabel 9	Interinstansie verwysings	96
Tabel 10	Ingrypings- en terapeutiese tegnieke wat gebruik word deur die instansies/beroepe in die hantering van seksuele molestering.	100
Tabel 11	Hanteringwyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nommer 1	110
Tabel 12	Hanteringswyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nr. 2	112
Tabel 13	Hanteringswyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nr. 3	114

LYS VAN FIGURE EN DIAGRAMME

Figuur 1	Selfkonsepvorming	51
Figuur 2	'n Voorbeeld van anatomies korrekte poppe	64
Figuur 3	Die storie van die ander kind	71
Diagram 1	Blokkering van verdere seksuele molestering	67
Diagram 2	Om die werklike feite van die seksuele molestering as gesinsrealiteit te vestig	67
Diagram 3	Ouerlike verantwoordelikheid vir die seksuele molestering	68
Diagram 4	Ouerlike verantwoordelikheid vir algemene versorging	68
Diagram 5	Werk aan die moeder-dogterverhouding	69
Diagram 6	Werk aan die ouers as vennote	69
Diagram 7	Werk aan die vader-kind verhouding	70
Diagram 8	Ingrypings- en terapeutiese tegnieke	101

BYLAES

BYLAE A: VRAELYS

141

HOOFSTUK 1

INLEIDENDE ORIËTERING, LITERATUUROORSIG, PROBLEEMSTELLING EN DIE VERLOOP VAN DIE STUDIE

1.1 INLEIDENDE ORIËTERING

Tans geniet seksuele molestering van kinders wye mediadekking. Die nood aan opgeleide, kundige persone verhoog daaglik. Meer en meer kinders vra hulp by predikante, onderwysers en raadgewers. Beskik hierdie persone oor die nodige selfvertroue en die kundigheid om die probleem korrek te hanteer?

Gedurende die navorser se jare as onderwyseres het sy bewus geword van die leemtes met betrekking tot die hanteringswyses van seksueel-gemolesteerde kinders. Op grond van haar ervaring was sielkundiges en maatskaplike werkers òf onseker òf onwillig om betrokke te raak by sulke aanmeldings. Waarom? Was dit omdat hierdie persone bang was om betrokke te raak of het hulle nie oor die nodige kennis, om die probleem doeltreffend te kon hanteer, beskik nie? Telkens het die navorser haar teen 'n onsigbare muur vasgeloop en is die probleem net telkens verder verwys - sonder enige sukses.

1.2 VOORLOPIGE LITERATUURSTUDIE

1.2.1 Inleiding

Van Schalkwyk (1990:12) sien seksuele molestering van kinders as: "...die blootstelling van kinders aan seksuele aktiwiteite waarvoor hulle emosioneel nie gereed is nie, waarvoor hulle nie bevoeg is om toestemming te gee nie en waarteen hulle hulself nie kan beskerm nie."

Volgens Sullivan (1986:61) vertel slegs een derde van seksueel-gemolesteerde kinders iemand daarvan. Hierdie kinders móét geglo word anders is die effek wat die molestering op die kind het gelykstaande aan die tipe trauma van geheueverlies. Die emosies wat met die molestering verband hou, word òf uitgeblok òf manifesteer in die kind se gedrag. Selfvernietigende gedrag kan ook voorkom.

Verskeie professies en instansies word met die seksuele molestering van kinders gekonfronteer. Hierdie professies en instansies is dikwels mededingend: Elkeen is van mening dat seksuele molestering binne hulle werksveld val en dat hulle 'n verantwoordelikheid het om dit te hanteer. Die nadeel hieraan verbonde is dat daar dus enersyds geen aanduiding is van wie werklik seksuele molestering moet en kan hanteer nie en andersyds dat die verskillende professies en instansies oor min kennis en ervaring beskik. Baie van hierdie professies en instansies vertrou mekaar onderling nie (Finkelhor 1984:201).

Die verwysingsraamwerk van die professies en instansies bepaal in 'n groot mate hoe daar opgetree sal word. Dié wat seksuele molestering primêr as 'n kriminele oortreding sien, het as hoofdoel die straf van die oortreder terwyl dié wat dit as 'n geestesiekte sien, gewoonlik psigoterapie vir die oortreder aanbeveel. Dié wat dit as 'n familie-disfunksie sien, maak weer van die sistemiese benadering gebruik. Die verskillende professies en instansies het dus meestal verskillende benaderings- en hanteringswyses en verskillende doelwitte in die hantering van seksuele molestering (Finkelhor 1984:201).

As gevolg van uiteenlopende benaderingswyses soos hierbo uiteengesit, word seksuele molestering tot 'n baie groot mate onprofessioneel en swak hanteer. Menige persoon in professies en verbonde aan instansies is gefrustreerd omdat daar geen uniforme hanteringsprosedures vir die hantering van seksuele molestering is nie (Finkelhor 1984:201).

Finkelhor (1984:201) verwys na 'n studie wat gedoen is om verskillende professies en instansies, wat gemoeid is met seksuele molestering, se werkswyses, kundigheid, hulpbronne, verskille in professionele perspektiewe en suksesse te evalueer. Die bevindinge van hierdie studie word kortliks aangebied om as raamwerk vir die onderhawige studie te dien.

1.2.2 'n Algemene samevatting van die bevindinge wat verkry is uit die Bostonstudie

1.2.2.1 Blootstelling ten opsigte van seksuele molestering

Seksuele molestering was nie onbekend aan die verskillende instansies en professies wat die vraelyste voltooi het nie.

Tabel 1
Instansies en hulle blootstelling aan seksuele molestering

Instansies	% gesien van een of meer slagoffers	% gesien van een of meer oortreders	(N)
Geestelike gesondheidsdienste	81	57	(96)
Mediese dienste	76	39	(63)
Staatswelsyn	87	75	(172)
Polisie	70	62	(60)
Skole	60	27	(194)
Ander gemeenskapsdienste	83	54	(67)

$$\chi^2 = 73,02 \quad \chi^2 = 106,90$$

$$p < .0001 \quad p < .0001$$

(Finkelhor 1984:216)

Persone verbonde aan verskillende instansies het verskillende vlakke van ondervinding gehad: Die Staatswelsyn het die grootste hoeveelheid aanmeldings gehad en by implikasie dus meer ondervinding met seksuele molestering opgedoen. Onderwysers het die minste ondervinding ten opsigte van seksuele molestering getoon. Die polisie het meer oortreders gesien as slagoffers, terwyl al die ander instansies meer slagoffers gesien het as oortreders.

Dit het geblyk dat die verskillende professies en instansies patrone van dieselfde soort van seksuele molestering, waarmee die instansies onderling te doen kry, getoon het. Byvoorbeeld: die polisie het aanmeldings waar die oortreder iemand buite gesinsverband is, gekry, terwyl die welsynsorganisasies meer aanmeldings van bloedsbande gekry het, soos te sien in tabel 2

Tabel 2
Identiteit van oortreder

Instansies	Ouers	Ander familie	Nie familie	(N)
Geestelike gesondheidsdienste	69	15	16	(75)
Mediese dienste	45	31	24	(42)
Staatswelsyn	75	10	15	(148)
Polisie	36	9	55	(42)
Skole	58	17	25	(115)
Ander gemeenskapsdienste	68	10	23	(53)

$$\chi^2 = 48.57 \quad p < .001 \quad \text{Finkelhor (1984:26)}$$

Hieruit blyk dat indien die beskuldige iemand buite gesinsverband is, die familie en instansies prioriteit gee aan die vastrek en skuldigbevinding van oortreders. Wanneer seksuele molestering binne gesinsverband plaasvind, lyk dit asof almal gemoeid met die saak vervolging probeer vermy en verskuif die klem na wat die beste vir die kind binne gesinsverband is.

1.2.2.2 Verpligte aanmeldings

In al die state in die VSA wat by die studie betrek is, was daar wetgewing wat professionele persone en instansies verplig het om seksuele molestering by die polisie en die welsyn aan te meld. Hierdie wette is en was altyd problematies. Sommige professionele persone glo dat dié verpligting die vertroulikheid van hulle terapeutiese verhouding skend. Ander vertrou weer nie die polisie se hantering van die saak nie. Die gevolg is dat baie professionele persone nie alle gevalle van seksuele molestering aanmeld nie (Finkelhor 1984:204; Gomes-Schwartz, Horowitz & Cardelli 1990:72). In 'n studie deur die "National Centre for Child Abuse and Neglect" is daar bevind dat 'n derde van alle gevalle van seksuele molestering nie by die polisie of die welsyn aangemeld word nie (Finkelhor 1984:204).

Tabel 3

Voldoening aan verpligte aanmeldings van seksuele molestering

Instansies	# Gevalle gesien	# Gevalle aangemeld	Reeds aangemeld	Slagoffers nie meer 'n kind nie	# Gevalle wat aangemeld moes word	% aanmeldings van wat aangemeld moes gewees het
Geestelike gesondheidsdienste	76	13	38	15	27	48
Mediese dienste	42	16	17	3	23	70
Polisie	42	9	18	3	21	43
Skole	116	35	67	7	46	76
Ander gemeenskapsdienste	51	13	27	8	18	72
Totaal	327	86	167	36	135	64

$$\chi^2 = 10.73$$

(Finkelhor 1984:217)

Slegs 'n derde van alle seksuele molesteringsgevalle word wel by die polisie aangemeld. Gomes-Schwartz et al (1990:48-49) ondersteun hierdie bevindinge van Finkelhor. Dit blyk dat die gesondheidsdienste en die polisie die minste formele klagtes lê. Daar word gespekuleer dat die gesondheidsdienste van mening is dat hulle vertrouensverhouding met die kliënt te veel beperk word en die polisie glo dat hulle oor genoegsame middels beskik om kinders te beskerm.

Volgens die Bostonstudie is slegs 64% van al die gevalle van seksuele molestering deur professionele persone aangemeld. 'n Derde van persone verbonde aan instansies was ook versigtiger om die saak by die polisie aan te meld, indien die stiefvader betrokke was by die molestering. Dit kan ook dui op weerstand of onkunde oor wat deur die wet vereis word (Finkelhor 1984:207-208). Statistieke bewys dus dat daar 'n groot probleem bestaan ten opsigte van verpligte aanmelding van gevalle van seksuele molestering (Finkelhor 1984:204-205).

1.2.2.3 Samewerking tussen instansies

Volgens die Bostonstudie blyk dit dat instansies gevalle geïsoleerd binne hulle eie beperkte professionele netwerk hanteer.

Verwysings na ander instansies was min. Daar is byvoorbeeld bevind dat 49% van die polisie se gevalle deur ander instansies aangemeld is, terwyl al die ander tipes instansies slegs 6% aanmeldings van ander instansies ontvang het. Dit was slegs die welsynsorganisasies en ander maatskaplike instansies wat redelik vry verwys of saamgewerk het met ander instansies. Skole het byna geen buitehulp ingeroep of verwys nie (Finkelhor 1984:205-206,211).

Bogenoemde impliseer dat interinstansie-samewerking, wat tot voordeel van die geval sou wees, eerder die uitsondering as die reël is (Finkelhor 1984:211).

Tabel 4
Verwysings na ander instansies

Proefpersone van instansies	Geen ander instansie	Polisie	Geestelike gesondheidsdienste	Mediese dokters	Psigiaters	Staatswelsyn	Hof
Geestelike gesondheidsdienste	40	5	26	5	8	17	13
Mediese dienste	38	7	23	23	19	38	12
Staatswelsyn	20	10	43	19	19	nvt	24
Beskermingsdienste	19	31	26	12	14	21	50
Skole	47	8	28	8	7	30	8
Ander gemeenskapsdienste	45	11	24	24	20	25	19
Totaal	** 31.04	*** 22.94	* 13.50	** 18.59	** 13.86	* NS	**** 41.05

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .0001$

(Finkelhor 1984:218)

1.2.2.4 Aanbevole ingryping ten opsigte van 'n hipotetiese geval

Finkelhor verduidelik nie die besonderhede van die hipotetiese geval self nie, maar sê wel dat hy so 'n geval gebruik het met 'n reeks standaardvrae om die verskillende benaderings en intervensies van professionele persone te toets.

Hieruit kon hy dan aflei hoe die verskillende professies en instansies se houdinge en professionele perspektiewe die hantering van seksuele molestering beïnvloed (Finkelhor 1984:206).

Verder is gesien dat onderhoudvoering as tegniek voorkeur by die meeste proefpersone geniet het. Die meerderheid het die kinders ook vir 'n mediese ondersoek verwys.

Die proefpersone het geensins saamgestem oor die korrekte hanteringswyse van die hipotetiese geval nie. Die verskillende professionele persone en instansies het duidelike patrone getoon in hulle voorkeure ten opsigte van die hantering van gevalle van seksuele molestering.

Die Staatswelsyn het byvoorbeeld, anders as die ander instansies, telkens huisbesoeke sowel as psigiatriese ondersoeke van die kind en die familie aanbeveel. Hulle was ook die enigste instansie wat hoë prioriteit aan 'n onderhoud met die oortreder gegee het.

Hierteenoor was onderwysers behoedsaam om betrokke te raak by onderhoudvoering of by die verwysing na 'n mediese dokter. Dit blyk dat hulle die gevalle so vinnig as moontlik aan die welsyn rapporteer het. Vogens Finkelhor voel hulle moontlik dat seksuele molestering buite hulle opleiding val en dat opvoeding hulle primêre doel is. Dit mag ook wees dat die onderwysers konflik beleef en dat hulle goeie verhoudings met die families probeer behou. Hulle vrees dalk moontlike vervolging en kritiek.

1.2.2.5 Houdings ten opsigte van ingrypingsdoelwitte

Die verskillende professionele persone en instansies het verskillende houdings ten opsigte van ingrypingsdoelwitte gehad, soos byvoorbeeld:

- (i) Om kriminele klagtes aanhangig te maak.
- (ii) Om of die kind of die oortreder uit die huis te verwyder.
- (iii) Om 'n herhaling van seksuele molestering te voorkom.

Die houdings ten opsigte van hierdie gestelde doelwitte was soos volg:

- 1 Sommige groepe het gevoel dat die indiening van 'n kriminele klag nadelig was. Dit lei daartoe dat die kind meer trauma beleef, die familie gepolariseer word en die oortreder se weerstand en ontkenning versterk.

Ander persone het weer gevoel dat die oortreder gestop moes word en moes verander, dat daar duidelike riglyne vir die gemeenskap gestel moes word ten opsigte van hierdie tipe onaanvaarbare gedrag en dat die kind die boodskap gegee moes word dat die gemeenskap erkenning gee aan wat met haar gebeur het.

- 2 Sommige persone het gevoel dat dit baie belangrik was om die oortreder en die kind uit mekaar te hou, omdat die kind aan verlengde seksuele molestering of weerwraak, weens die verbreking van die

"geheim", blootgestel word. Hulle het ook gevoel dat die oortreder in so 'n situasie hulp soek om te verander.

3

Aan die anderkant was daar professies wat die gesinseenheid ten alle koste probeer behou het. Volgens hulle wil die kind nie sy vader verloor nie, sy wil net hê dat die seksuele molestering moet ophou. Verwydering van die vader veroorsaak skuldgevoelens by die kind, omdat die gesin opgebreek is. Die kind word dan vir egskeiding en finansiële probleme geblameer.

1.2.2.6 Houdings en hanteringswyses ten opsigte van die volgende drie stellings:

- (i) Die kind moet uit die gesin verwyder word.
- (ii) Die oortreder moet uit die gesin verwyder word.
- (iii) Alles moet gedoen word om te verseker dat die gesin bymekaar bly.

Die volgende twee tabelle toon die resultate wat in verband met bogenoemde drie stellings deur die Bostonstudie van Finkelhor (1984:209-211), verkry is.

Tabel 5

Houdings ten opsigte van stellings (i) en (ii)

Instansie	Aanmoediging van kriminele klagtes	Verwyder die kind	Verwyder die stiefpa
Geesteswelsyn	6	7	10
Medici	9	5	6
Welsyn	5	8	9
Polisie	35	6	35
Skole	7	7	11
Ander gemeenskapsdienste	11	3	11
Al die instansies	10	7	12
$\chi^2 = 37.69$	N.S. = 37.83	N = 725	$p < .0001$

Tabel 6
Houdings ten opsigte van stelling (iii)

Instansies	Hou gesin bymekaar*	Inbring van kriminele klagte**	(N)
Geesteswelsyn	73	26	(78)
Medici	68	44	(50)
Welsyn	85	31	(164)
Polisie	34	74	(53)
Skole	52	48	(175)
Ander maatskaplike dienste	60	50	(65)

$$\chi^2 = 67.34$$

$$p < .0001$$

$$\chi^2 = 45.00$$

$$p < .0001$$

(Finkelhor 1984:220)

* Alles moet gedoen word om die gesin bymekaar te hou.

** Dit is belangrik om kriminele klagte aanhangig te maak..

Volgens Herman (Finkelhor 1984:209) voel sommige van die professionele persone dat die oortreder en die slagoffer beslis geskei moet word ná die onthulling van seksuele molestering, anders gebeur dit dat die slagoffer aan of verdere seksuele molestering of vergelding deur die gesin blootgestel word as gevolg van die onthulling van die "geheim". Hulle is verder van mening dat dit die verpligting wat die oortreder voel om hulp te soek om te verander, verlig en dit lei tot die voortsetting van destruktiewe gesinspatrone.

Volgens Giarrette (Finkelhor 1984:209) voel ander professionele persone weer dat die slagoffer net wil hê dat die seksuele molestering moet ophou. Hulle wil nie die gesin opbreek of blootstel aan sosiale- en ekonomiese probleme nie. Verder sê hulle ook dat skeiding skuldgevoelens by die kind verhoog, omdat sy, volgens haar, die gesin laat verbrokkel.

1.2.3 Implikasies vir die praktyk

Die navorsingsbevindinge van die Bostonstudie het twee betekenisvolle implikasies vir die hantering van seksuele molestering na vore gebring.

- 1 Daar is 'n hoë voorkoms van instansie-geïsoleerdheid. Instansies gebruik slegs die verskillende professionele persone verbonde aan die betrokke instansie in die hantering van 'n geval van seksuele molestering. Dit blyk dat daar veral groot weerstand is om met die polisie saam te werk en dat daar onderling swak skakeling tussen instansies is.
- 2 Daar bestaan geen eenvormigheid ten opsigte van die hantering van seksuele molestering nie. Verskillende instansies het verskillende benaderings en ingrypingstegnieke asook doelwitte wanneer hulle met seksueel-gemolesteerde kinders werk.

Uit bogenoemde vloei verdere implikasies vir die gemeenskap se hantering van seksuele molestering voort:

Eerstens hang die hantering af van watter instansie aanvanklik met die aanmelding van seksuele molestering te doen kry. Die spesifieke behoeftes en omstandighede van die geval is blykbaar van minder belang as die beroepsbenaderingswyse van die spesifieke instansies.

Tweedens beteken dit dat samewerking tussen instansies, wat inderwaarheid tot voordeel van talle gevalle is, slegs hoogs uitsonderlik voorkom as gevolg van die weerstand teen samewerking by instansies.

Derdens is die variasie in doelwitte ten opsigte van seksuele molestering tot nadeel van die gemeenskap en die totstandkoming van eenvormige prosedures vir die hantering van seksuele molestering.

1.3 PROBLEEMSTELLING

Die algemene probleemstelling van hierdie studie is:

Bestaan daar uniforme hanteringswyses en riglyne vir terapie ten opsigte van seksueel-gemolesteerde kinders vir professionele persone wat die hantering van seksuele molestering as deel van hulle domein beskou?

Uit hierdie probleemstelling vloei die volgende **nuwe-probleemstellings** voort:

- * Watter invloed het verskillende professionele perspektiewe op die hanteringswyses van en terapie met seksueel-gemolesteerde kinders?
- * Hoe verloop die aanmelding van seksuele molestering?
- * Watter tipes professionele persone en instansies hanteer seksuele molestering?
- * Hoe lyk professionele persone en instansies se onderlinge samewerkingstrukture?
- * Watter kriteria word gebruik vir die verwysing van 'n seksueel-gemolesteerde kind na ander professionele persone of instansies?
- * Watter terapeutiese tegnieke word in die hantering van seksueel-gemolesteerde kinders deur verskillende professionele persone en instansies gebruik?
- * Hoe beïnvloed professionele persone en instansies se houdings teenoor seksuele molestering die effektiewe hantering van die kliënt as unieke geval?

1.4 AFBAKENING VAN STUDIETERREIN

1.4.1 Algemene afbakening

Die molestering van kinders kan verskeie vorms aanneem, soos byvoorbeeld: fisieke-, emosionele- en seksuele molestering. Die seksueel-gemolesteerde kind kan egter ook op die fisieke en emosionele vlak molestering beleef. Vir die doeleindes van hierdie studie word daar op die seksuele molestering van die kind gefokus.

1.4.2 Spesifieke afbakening

Hierdie studie is verder beperk tot die ondersoek na die hantering van seksueel-gemolesteerde dogters vanaf ses jaar tot en met die ouderdom van agtien jaar met spesifieke verwysing na die Witbank omgewing.

1.5 DOELSTELLINGS VAN DIE STUDIE

1.5.1 Algemene doelstelling

Die algemene doelstelling van hierdie studie is om die fenomeen seksuele molestering binne die raamwerk van die sielkundig-opvoedkundige perspektief te bestudeer.

1.5.2 Spesifieke doelstellings

Die spesifieke doelstellings van hierdie studie is:

- 1 Die identifisering en evaluering van die seksueel-gemolesteerde kind.
- 2 Die identifisering van terapeutiese tegnieke wat gebruik word in die hantering van seksueel-gemolesteerde kinders.
- 3 'n Kritiese beskouing van die aanmelding van seksuele molestering.
- 4 Die identifisering van professionele persone en instansies gemoeid met seksuele molestering en interinstansie-samewerking.
- 5 Die bepaling van kriteria vir verwysing van 'n seksueel-gemolesteerde kind na ander professionele persone en instansies.
- 6 Die kritiese evaluering van die houdings van professionele persone en instansies en hoe die houdings hulle hantering van 'n geval van seksuele molestering beïnvloed.

1.6 DIE VERLOOP VAN DIE STUDIE

In hoofstuk een is daar aandag gegee aan die probleemstelling, die afbakening van die studieterrein en die doel van die studie. 'n Studie van die Boston se gemeenskap se professies en instansies wat gemoeid is met seksuele molestering, is as agtergrond aangebied.

In die studie van riglyne vir terapie ten opsigte van seksueel-gemolesteerde kinders is dit noodsaaklik om die fenomeen seksuele molestering te bestudeer. In hoofstuk twee word die kliniese beeld van die seksueel-gemolesteerde kind, asook die kort- en langtermyn invloede wat dit op die kind se totale funksionering en ontwikkeling het, uitgelig.

In hoofstuk drie word die leëfwêreld van 'n kind wat nie seksueel gemolesteer is nie, met dié van die kind wat wel seksueel gemolesteer is, vanuit sielkundig-opvoedkundige perspektief vergelyk.

Hoofstuk vier evalueer verskeie terapeutiese tegnieke wat gebruik word in die hantering van 'n seksueel gemolesteerde kind.

In hoofstuk vyf word die navorsingsontwerp uiteengesit, waarna die resultate van die ondersoek asook die voorlopige afleidings in hoofstuk ses bespreek word.

Hoofstuk sewe vat al die bevindinge uit die literatuurstudie en die empiriese studie saam en word afgesluit met gevolgtrekkings en aanbevelings.

HOOFSTUK 2

SEKSUELE MOLESTERING

2.1 INLEIDING

Seksuele molestering van kinders word as 'n ernstige sosiale probleem beskou. Wanneer dié probleem skielik buitengewone afmetings aanneem, kan die vraag gevra word: "Maar waarom is dit nou so 'n groot probleem?"

Literatuurstudies toon dat seksuele molestering deur die eeue heen voorgekom het. Voorbeelde van seksuele molestering is opgeteken in die kulture van die Iere, Romeine, Grieke, Franse, Eskimo's en die primitiewe stamme van Noord-Amerika (Kempe & Helfer 1980:8,198-199).

Volgens Finkelhor (1984:3) is dit misleidend om te sê dat seksuele molestering vroeër geïgnoreer is. Die probleem het van tyd tot tyd die aandag van verskillende groepe geniet. Hierdie groepe het egter geen erkenning of geloofwaardigheid by professionele professies afgedwing nie.

Sedebewakers het gesê dat "seksuele vryheid" aanleiding gee tot seksuele molestering. Weens die feit dat seksuele molestering gebruik is as teenvoeter vir "progressiewe hervorming", is seksuele molestering deur professionele persone geïgnoreer. Die sedebewakers was ook verkeerd in hulle aanname dat vreemdelinge die grootste gevaar vir kinders inhou. Hierna het seksuele molestering in toenemende mate aandag begin geniet veral deur die "Child abuse movement" en die "Women's movement".

Vanwee die taboe-aard van kindermolestering en die verreikende implikasies daarvan vir die kind en sy gesin, het mense daarvan weggeskram en is die erns en omvang daarvan onderskat (Kempe & Kempe 1978:60).

Dit is ook moontlik dat die huidige stortvloed van gevalle veroorsaak word deur mense se bereidwilligheid om te praat oor hulle ervarings, terwyl dit voorheen 'n taboe-onderwerp was (Finkelhor 1984:3; Giardino, Finkel, Giardino, Seidl & Ludwig 1992:1).

Die publieke- en gesondheidsinstansies is meer bewus van die probleem. Daar is dus by hulle ook 'n groter bewustheid vir die identifikasie en gedragspatrone van seksueel-gemolesteerde kinders (Giardino et al 1992:1).

Die hoër egskeidings- en hertrousyfers kan ook aanleiding gee tot 'n verhoogde toename in seksuele molestering. Volgens Finkelhor (1984:7) is die kans vir seksuele molestering groter wanneer die kinders 'n stiefpa of die ma 'n "boyfriend/lover" het as wanneer die biologiese vader teenwoordig is.

Sedert die seksuele revolusie het die media sekere verwagtings geskep soos byvoorbeeld dat 'n man en 'n vrou ter eniger tyd en plek gereed is vir seksuele omgang. Mense is onseker waar om die grense te trek. Wanneer mans dan ontevrede raak met hulle vrouens en vrouens hulle mans kritiseer, lyk dit asof sommige mense na kinders uitreik ter aanvulling van 'n gebrekkige verhouding. Kinders is nie krities oor die man se seksuele verrigting nie.

Die wêreld beleef 'n tydperk waarin menseregte en die regte van kinders beklemtoon word. Deur die media, gemeenskapsinligting, koerante en tydskrifte word die mens aangespoor om bewus te word van probleme en dat daar hulp gebied kan word aan persone wat seksueel gemolesteer word.

2.2 DEFINIËRING EN OMSKRYWING VAN DIE BEGRIP SEKSUELE MOLESTERING

2.2.1 Wat is seksuele molestering? - "n Definisie

Definisies oor wat seksuele molestering is, varieer.

- Die definisie van Schechter en Roberge (1976:129):

Seksuele molestering is die betrokke-making van afhanklike, ontwikkelende, onvolwasse kinders en adolessente by seksuele aktiwiteite wat hulle

- * nie ten volle verstaan nie
- * nie instaat is om toestemming voor te gee nie en
- * wat die sosiale taboes van gesinsrolle versteur.

- Seksuele molestering behels die eksploitering van 'n kind vir die seksuele bevrediging van 'n volwassene (Schetky & Green 1988:xi).
- Seksuele molestering sluit pedofilia, verkragting en bloedskaande in. (Cook & Bowles 1980:99)

Dit wil dus voorkom asof seksuele molestering die eksploitering van onvolwasse, afhanklike kinders en adolessente is en hulle betrokke making by aktiwiteite wat hulle nie verstaan of voor toestemming kan verleen nie en wat gerig is op die seksuele genoegdoening van 'n volwassene.

- Volgens Molteno (Graser & Winship 1984:28) kan molestering in drie groepe geklassifiseer word:

Groep 1: 'n Mishandelde kind wie se beserings hoofsaaklik aan die geslagsdele is.

Groep 2: 'n Kind wat gepoogde of werklike omgang of ander onvanpaste geslagskontak met 'n volwassene ondervind het.

Groep 3: 'n Kind wat onvanpas by 'n volwassene betrokke was ten opsigte van seksuele aktiwiteite, wat nie deur die bogenoemde twee groepe gedek word nie.

- Volgens Giardino et al (1992:2) is seksuele molestering 'n komplekse mediese en sosiale probleem. Volgens hierdie outeurs verwys seksuele molestering na " the involvement in sexual activities by an older person of a dependent, developmentally immature child or adolescent for that older person's own sexual stimulation, or for the gratification of other persons, as in child pornography or prostitution. Abusive activities include exhibitionism, sexualized kissing, fondling, masturbation, digital or object penetration of the vagina or anus, and oral-genital, genital-genital, and anal-genital contact. The sexual act is imposed on a child or an adolescent who cannot provide informed consent because of his or her age or developmental stage. Central to the concept of sexual abuse are the misuse of power and the betrayal of a child's trust by an older individual. The essential components of the

definition of sexual abuse involved the child's developmental immaturity and inability to consent, and the perpetrator's abuse of power and relationship. In sexual abuse, the perpetrator has authority and power over the child ascribe by his or her age, and is thus able, implicitly or directly, to coerce the child into sexual compliance."

- Mrazek (1980:21) beklemtoon dat 'n werkende definisie ook die volgende vier faktore moet insluit:
 - * 'n Volledige beskrywing van wat gebeur het, die aard van die seksuele aktiwiteit(e), die frekwensie met spesifieke verwysing na voorkoms van geweld en dreigemente of liggaamskade.
 - * Die ouderdom en emosionele ontwikkeling van die persone betrokke.
 - * Die kwaliteit van die verhouding tussen die persone.
 - * 'n Beskrywing van die houdings en betrokkenheid van die ander familieleden en die gemeenskap se uitgangspunt met betrekking tot seksualiteit.
- Volgens Wet 23 van 1957 soos gewysig in die Wet teen seksuele misdrywe met jeugdiges (Wet 2 van 1988), kan seksuele misbruik (molestering) van kinders omskryf word as: "Enige onsedelike of onbehoorlike daad wat teen 'n kind gepleeg word." Dit sluit sekere wyses van aanraking, enige wyse van seksuele betasting, sekere wyses van soene en enige ander seksuele aktiwiteite waaraan die kind meedoen, in (TOD-Omsendminuut 96 van 1994:7). Dit sluit, onder andere, die aanraking van die volwassene se geslagsorgane en enige blootstelling aan pornografie of die neem van pornografiese foto's en films in.

Volgens Middleton (1991:133) pleeg enige man 'n misdryf as hy:

- * ontug pleeg, of probeer pleeg, met 'n meisie onder die ouderdom van sestien jaar (die man is skuldig aan verkragting as die kind jonger as twaalf jaar is);
- * 'n onsedelike of onbehoorlike daad met 'n meisie of 'n seun onder die ouderdom van negentien jaar pleeg;

- * 'n meisie of seun uitlok om 'n onsedelike of onbehoorlike daad te pleeg (Artikel 14(1)).

Enige vrou pleeg 'n misdryf as :

- * sy 'n onsedelike of onbehoorlike daad met 'n meisie onder die ouderdom van negentien of 'n seun onder die ouderdom van sestien pleeg of probeer pleeg (Artikel 14(3));
- * dit bewys kan word dat daar tydens die daad geslagsgemeenskap plaasgevind het. (Die dader is dan skuldig aan statutêre verkragting) (Artikel 14(1a));
- * dit bewys kan word dat die misbruik van die kind deur die ouers of voogde op prostitusie neerkom. (Dit word as 'n ernstige misdryf beskou.) (Artikel 9(1)). (TOD- Omsendminute 96 van 1994:8).

2.2.2 Die aard en intensiteit van seksuele molestering

Volgens Rutter & Hersov (1985:4) kan die aard van dié seksuele aktiwiteite as een van vier tipes gesien word:

- * **Ontbloting** - kan gedefinieer word as die waarneem van seksuele dade, pornografie en ekshibisionisme.
 - * **Molestering** - word gedefinieer as die betasting van 'n kind se genitalië of 'n opdrag aan die kind om die volwassene se genitalië te betas of te masturbeer.
 - * **Gemeenskap** - is die vaginale, orale of rektale gemeenskap op 'n nie-gewelddadige en dikwels chroniese basis.
 - * **Verkragting** - word gedefinieer as aanvallende, geforseerde gemeenskap.
- Volgens Sgrio (1982:9-37) kan vyf fases by die aanvang en voortduur van seksuele molestering onderskei word:

FASE 1: Verbintenis

Die oortreder begin 'n nie-seksuele verhouding met die kind. Hy word 'n vriend wat die kind materiële en psigiese ondersteuning bied.

Hierdie "vriendskap" bied die oortreder die geleentheid tot intieme kontak met die kind.

FASE 2: Seksuele interaksie

Die oortreder lei nou die kind in seksuele aktiwiteite, wat onvanpas vir die kind se ouderdom is, in. Dit mag begin met soene en eindig met gemeenskap.

FASE 3: Geheimhouding

Om te verseker dat die oortreder kontak kan behou met die kind, is dit in eersgenoemde se belang dat geheimhouding sal plaasvind. Geheimhouding word deur direkte of indirekte dwang afgedwing. Die oortreder maak gebruik van direkte of indirekte omkoperij en dreigemente om te verseker dat die kind sal stilbly.

FASE 4: Onthulling

Toevallige onthulling ontstaan as gevolg van eksterne omstandighede soos byvoorbeeld:

- 'n derde party sien wat gebeur en onthul;
- fisiese beserings wat dui op seksuele omgang;
- die diagnosering van 'n seksueel-oordraagbare siekte of beserings van die genitalieë;
- swangerskap;
- seksuele gedrag wat onvanpas is vir die kind se ouderdom.

Dit is soms moeilik om met ingryping te begin, omdat die kind nog nie bereid is om die molestering te onthul nie. Doelbewuste onthulling vind plaas wanneer die kind die gebeure doelbewus onthul en ingryping hierna volg.

FASE 5: Verswyging

Soms wil die betrokke partye nie die inligting bekend maak nie en word die kind onder druk geplaas om die onthulling te ontken of te

verswyg. Verswyging vind ook plaas as gevolg van ontkenning, skuldgevoelens en vrees om die gesin te verbrokkel.

- Dit blyk dat die intensiteit van seksuele molestering saamhang met die volgende sewe faktore:

- 1 Die ouderdom van die kind met aanvang van molestering.
- 2 Die tydperk of duur van die seksuele molestering.
- 3 Die graad van geweld of dreigemente van geweld wat daarmee gepaard gaan.
- 4 Die ouderdomsverskil tussen die kind en die molesteerder.
- 5 Die verwantskap tussen die kind en die molesteerder.
- 6 Die afwesigheid van beskermende ouerfigure.
- 7 Die graad van geheimhouding.

2.3 KLINIESE BEELD VAN DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND

Die kind onder vyf jaar wat betrokke was by seksuele molestering sal moontlik baie angstig wees en nagmerries ondervind. Die kind kan klouerig en onseker raak en op sommige ontwikkelingsvelde regresseer.

By die skoolgaande kind kan seksuele molestering op die volgende wyses manifesteer: die skielike aanvang van angs, vrees, depressie, slaaploosheid, histerie, skielike gewigsverlies of gewigstoename, seksueel onvanpaste gedrag, onderprestasie, stokkiesdraai en wegloup.

By die adolessent manifesteer seksuele molestering as erge opstandigheid en rebelsheid, veral teenoor die moeder. Dogters wat betrokke was by bloedskanie kan soms die vader vergewe, maar nie haar moeder wat haar moes beskerm nie. Die dogter neem ook baie van die verantwoordelikhede van die moeder oor.

Soos die kinders ouer word, word die verlies van die eiewaarde en die selfbeeld sigbaar. Prostitusie, kroniese depressie, sosiale isolasie, rebelsheid en weglopery neem toe (Cook & Bowles 1980:98).

Die volgende fisiese- en gedragsmanifestasies kan die uitkenning van seksueel-gemolesteerde kinders vergemaklik:

Fisiese simptome

Swangerskap.
Skeurwonde by geslagsdele.
Rektale skeurings.

Ontsteekte geslagsdele.
Afskeidings.
Maagpyn.

Bloed in stoelgang.
Kneusplekke naby geslagsdele.
Urienweginfeksies.
Vreemde reuke.
Suigmerke aan die vel.
Drastiese gewigsveranderinge.
Enurese.
Vind dit moeilik om te loop en te sit.

Gedragsimptome

Onttrekking.
Angs en vrese.
Slaapversteurings: nagmerries, vrees vir die donker en vrees om bed toe te gaan.
Slaaploosheid.
Erotisering en seksbeheptheid.
Selfvernietigende gedrag, selftoegediende meswonde, selfmoordpogings.
"Acting-out" gedrag.
Skolastiese probleme.
Depressie, lae selfbeeld.
Swak verhouding met maats.
Inhibisies.
Onrypheid.
Infantiele aggressie.
Anti-sosiale gedrag.
Hiperaktiwiteit.
Sensitiwiteit.
Onttrekking.
Irritasies.
Neurotiese en psigotiese gedrag.
Regressie: wil weer bottel drink.
Eetversteurings: eet te veel of te min.
Tekeninge van mensfigure met prominente geslagsorgane.
Soek seksuele toenadering by outoriteitsfigure.

(Sckety & Green 1988:59; TOD omsendminute 96 van 1994:15; Fourie 1987:17).

2.4 FAKTORE WAT DIE EFFEK VAN SEKSUELE MOLESTERING BEÏNVLOED (Goldstein 1987:57-60):

- 1 Die ontwikkelingsfase van die kind wanneer molestering plaasvind.
- 2 Die duur van die molestering.
- 3 Die ondersteuningsisteme beskikbaar vir die kind:
 - die reaksie van ouers en ander belangrike persone na aan hom/haar
 - tipe hulpverlening wat beskikbaar is, indien enige
 - sensitiewe en taktvolheid van persone wat tussenbeide tree, byvoorbeeld die polisie en mediese personeel.
- 4 Die emosionele stand van die kind.
- 5 Die omgewing waarin die molestering plaasgevind het.
- 6 Die verhouding tussen die molesteerder en die kind.
- 7 Die aard van die molestering:
 - fisieke geweld
 - tipe daad
 - omvang en aard van die daad.
- 8 Die graad van deelname deur die kind.
- 9 Die geslag van die kind en die molesteerder.

'n Aantal van hierdie faktore word vervolgens bespreek.

2.4.1 Die ontwikkelingsfase van die kind wanneer molestering plaasvind.

Die kind se ouderdom en vlak van ontwikkeling bepaal hoeveel sy onthou van die seksuele molestering en tot watter mate dit haar beïnvloed. Byvoorbeeld: wanneer 'n man 'n 3-jarige dogterjie se genitalië oraal betas in 'n nie-gewelddadige tipe speletjie, sal die effek minder ernstig wees as wanneer dieselfde met 'n 13-jarige dogter gebeur. Wanneer die 3-jarige egter gedreig word dat sy haar ma gaan verloor as sy vertel, kan die skade net so erg wees as by die groter kind.

2.4.2 Die duur van die molestering.

Die duur van die molestering beïnvloed die effek wat die seksuele molestering op die kind het. Byvoorbeeld: as die kind slegs een keer betas is deur die

oortreder, is die sielkundige gevolge minder ernstig as wanneer die kind betrokke was by seksuele molestering oor 'n tydperk.

Die redes waarom seksuele molestering voortduur, volgens Giardino et al(1992:10), is dat sekere faktore verhoed dat seksuele molestering aan die lig gebring word. Die volgende gedrag en gevoelens akkommodeer seksuele molestering:

- geheimhouding;
- hulpeloosheid van die kind;
- verstriking en akkommodering;
- vertraagde, konflikterende en ongeloofwaardige onthullings;
- terugtrekking.

Hierdie sindroom laat die kind vasgevang en hulpeloos voel. Sy voel verantwoordelik omdat sy direk of indirek deelneem en die gevoel vererger soos wat die molestering voortduur. Die kind vrees dat niemand haar sal glo nie en dit lei tot akkommoderende gedrag en sodoende duur die seksuele molestering net voort. Hierdie kind se omgewing het haar nie beskerm nie en hoekom sou sy dus voortgaan om die gebeure te onthul as sy nie geglo gaan word nie? Indien die kind wel tot onthulling kom, kan dit gebeur dat daar nie genoegsame ondersteuning is nie en derhalwe trek die kind verder in haar hulpeloosheid terug.

2.4.3 Die ondersteuningsisteme beskikbaar vir die kind.

- **Die reaksie van die ouers en ander belangrike persone na aan haar.**

Die wyse waarop die kind se onthulling deur haar ouers en ander persone ontvang word, bepaal in 'n groot mate hoe sy sal reageer op die seksuele molestering. Byvoorbeeld: waar jong kinders onbewus is dat dit waarby hulle betrokke was, verkeerd is, dit eers uitvind wanneer hulle dit vir hulle ouers vertel en die ouer begin huil, aggressief is of die kind nie wil glo nie, kan die kind se reaksie baie verander.

Dit is ook vir die terapeut wat met die kind werk, belangrik om uit te vind wat die eerste persoon, waarmee die kind oor die seksuele molestering gesels het, se reaksie was. As daardie persoon 'n negatiewe reaksie getoon het, sal die kind moeiliker oor die molestering praat.

- **Tipe hulpverlening wat beskikbaar is, indien enige.**

Indien die kind 'n vertrouwensverhouding het met haar ouers of met ander persone aan wie die inligting meegedeel is, kan dit die effek wat die molestering op die kind het, verminder. Dit is dus nodig dat alle kinders wat seksueel gemolesteer is, terapie sal ontvang.

2.4.4 Verhouding tussen die oortreder en die kind.

Die kind se verhouding met die oortreder is van kardinale belang. Die gesagsposisie van die oortreder bepaal hoe die kind sal optree.

2.4.5 Die aard van die molestering.

Kinders reageer op dieselfde wyse as volwassenes wanneer daar van dwang en geweld sprake is. In 'n studie van Geiser (Goldstein 1987:59) is die aard van molestering dieselfde as die aard van die "verkrachtingsindroom" naamlik dat:

11% van die kinders, na die seksuele molestering, onveilig voel oor waar hulle bly;

32% negatiewe gevoelens wys jeens mans wat hulle ken;

34% negatiewe gevoelens teenoor vreemde mans beleef;

Byna 50% bang was om op straat uit te gaan;

10% van die skoolgaande kinders skoolfobie ontwikkel het.

Die tipe dade wat plaasgevind het, bepaal ook die kind se reaksies. Wanneer die kind slegs oor haar klere betas is, is die effek minder as in die geval van gemeenskap.

2.4.6 Die graad van deelname deur die kind.

Die omvang van die kind se vrywillige deelname aan die seksuele molestering beïnvloed die kind se reaksie daarop. Om die verskille aan te toon, verdeel die "Queen's Bench Foundation" (Goldstein 1987:60) die slagoffers in drie kategorieë:

- Slagoffers wat deur fisiese dwang gedwing is om deel te neem.
- Passiewe slagoffers, waar daar met ander woorde slegs sprake van 'n eenmalige gebeurtenis is en die oortreding aangemeld is.
- Die deelnemende slagoffer, wat meer as eenkeer betrokke was by seksuele molestering en moontlik omgekoop is om deel te neem.

Hoe meer die kind verantwoordelik voel vir wat gebeur het, hoe ernstiger is die invloed wat die seksuele molestering op die kind het.

2.4.7 Die geslag van die kind en die molesteerder.

Sodra die kind 'n vlak van ontwikkeling, waar sy 'n besef van seksualiteit het, bereik, sal sy ook 'n gevoel van wat behoorlik is of nie, ontwikkel.

Sommige dogters reageer dieselfde op seksuele molestering, terwyl seuns net moeiliker oorgaan tot onthulling van die seksuele molestering.

Dit blyk ook dat die effek van die molestering ernstiger is as 'n vrou die oortreder was. Dit blyk dat kinders die "moedertipe" as liefdevol en betroubaar beskou. Wanneer 'n vrou die kind dus gemolesteer het, voel hulle in 'n méérdere mate ongeliefd en probeer voorgee dat die vrou nie betrokke was nie.

2.5 IDENTIFIKASIE EN EVALUERING VAN DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND

Navorsing het getoon dat in die hantering van 'n geval van seksuele molestering, 'n multi-dissiplinêre benadering die grootste sukses het (Wise:1989:8; Erasmus 1989:16; Schetky & Green 1988:59).

Voordat daar op 'n spesifieke vorm van behandeling besluit kan word, is evaluering eers nodig. Die sielkundige moet besonder sensitief vir die kind wees en reeds onraad vermoed as hy van die fisiese- en gedragsimptome, soos reeds bespreek, raaksien (sien paragraaf 2.3).

Die eerste stap is om te probeer uitvind wat die aard en omvang van die seksuele molestering is. Daar moet dus 'n vertrouensverhouding met die kind opgebou word, omdat die kind bang kan wees (Erasmus 1989:16; Schetky & Green 1988:61). Kinders gaan ook dikwels tot die uiterste om hulle ouers te beskerm en voor te gee dat daar geen fout is nie. Die ouderdom en ontwikkelings stadium van die kind gaan 'n belangrike rol speel in die benadering van die sielkundige tot die probleem. By jong kinders kan van spel en stories gebruik gemaak word om die kind gemaklik te laat voel.

In die geval van 'n jong kind moet die volgende in ag geneem word:

- die spesiale probleme van 'n jong kind;
- sy kognitiewe onvermoë om te begryp wat gebeur het;
- sy beperkte verbale vermoëns en
- sy onvermoë om die volwassene wat wil help, se motiewe te verstaan.

Dit is nodig om die betekenis van die kind se beskrywende woorde duidelik te verifieer. Elke mens het sekere verdedigingsmeganismes wat hy gebruik om homself in die wêreld te handhaaf. Net so het die kind ook verdedigingsmeganismes om homself te beskerm teen die psigiese leed en pyn wat volg wanneer sy kinderlike behoeftes nie bevredig word nie. Repressie of onderdrukking help byvoorbeeld die kind om die pynlike realiteit te ontkom en dit skep maklik die verkeerde indruk, naamlik dat die kind nie nadelig geraak word nie. Dit help die kind wél om die onmiddellike pyn te ignoreer en te bly oorleef, maar eis altyd 'n prys. Soos "Rachel", 'n slagoffer van bloedskande in

haar jeug, dit stel: "Repression is a double-edged sword, it mercifully shuts off the pain but at the exacting cost of losing a part of oneself, a part of one's humanness". Tesame met repressie kan ook ander primêre verdedigings soos ontkenning en terugtrekking genoem word. Die kind kan bang wees dat sy ouer dalk van hom weggeneem kan word. Skuldgevoelens kom dikwels voor omdat die kind voel dat dit sy skuld is dat hy seksueel gemolesteer is. As hy net soeter/ gehoorsamer/ slimmer/ mooier was, sou dit nie gebeur het nie. Dit is belangrik dat die sielkundige erkenning aan hierdie gevoelens sal gee en dit nie net sal afmaak nie (Erasmus 1989:16-17). Tydens evaluering moet hierdie momente dus in ag geneem word.

Om vas te stel of die kind die waarheid vertel, kan van die volgende opsomming gebruik gemaak word (Schetky & Green: 1988:65):

Evaluering van die kind se aantygings:

Kind	Verhoogde bevestiging	Verminderde bevestiging
Taal	Gebruik sy eie woordeskat. Woordeskat verander, maar nie die feite nie. Word vertel vanuit die kind se verwysingsraamwerk.	Volwassenes se woordeskat. Gewoonte frases. Min detail.
Gevoelsinhoud	Ooreenstemmende aantygings.	Aantygings wat nie bymekaar pas nie.
Gedrag	Verleidelik, "vroegryp", regressie, bewaakte liggaamlike klagtes.	Geen gedragsveranderinge nie.
Kognitiewe ontwikkeling	Onderskei tussen feite en fantasie.	Verswakte realiteits-toetsing.
Geheue	Onthou detail gegewens, selfs sensoriese inligting. Geen ontkenning. Idiosinkratiese detail.	Vaag/ ontwykend. Vorige molestering mag verweef wees met prentjie.

Motiewe	Geen sekondêre voordeel.	Moontlike sekondêre voordeel. Manipulerend. Moet ouer tevrede stel.
Tekeninge	Seksuele temas.	Seksuele temas is nie teenwoordig nie.
Spel	Mag trauma herkonstrueer.	Vergroot of vermy seksuele eienskappe.
Geskiedenis	Progressiewe seksuele aktiwiteite oor 'n periode van tyd. Vertraagde onthulling. Kind gedreig tot geheimhouding. Psigologiese dwange. Seksuele kringe, rituele en pornografie.	Ander mediese geskiedenis wat dui op redes vir seksuele bekommernisse.
Fisies	Gonorrée onder die ouderdom van 14 jaar. Skeurings van die maagdevlies. Anale skeure en so meer.	Normale voorkoms ten spyte van vorige geskiedenis van penetrasie.

Kinders wat seksueel-gemolesteer is, toon gewoonlik tekens van spanning in hulle alledaagse lewe en gedurende evaluering.

Soms mag die kind die aantygings terugtrek uit vrees dat die ouer weggeneem sal word of as gevolg van druk vanuit sy ouerhuis. As die kind egter van die begin af geglo word en van ondersteuning seker is, word terugtrekking tot die minimum beperk (Schetky & Green 1988:66).

2.6 OPTREDE AS 'N KIND SEKSUEEL GEMOLESTEER IS

Volgens Van Schalkwyk (1990:38) is dit belangrik om te onthou dat daar opgetree moet word. Die kind moet beveilig word teen verdere misbruik. Die molesteerder moet gestop word. Die kind en die gesin moet professionele hulp ontvang.

2.6.1 Die hantering van die kind

Vra die kind taktvol uit oor die gebeure sonder om jou vermoede te verbaliseer. Wees ondersteunend, liefdevol en warm.

Die kind is heel moontlik gevra om die gebeure geheim te hou. Verseker die kind dat hy die regte ding sal doen deur jou te vertel wat gebeur het. Vra die kind dan uit oor die persoon se gedrag teenoor hom, waar en hoe hy hom aangeraak het en waarom hulle gesels het. Laat die kind so vrylik as moontlik gesels oor die gebeure. Sê duidelik aan die kind dat wat gebeur het, nie sy skuld is nie, maar dat die volwassene verkeerd opgetree het.

Gee die kind die versekering dat jy hom glo, gaan help en beskerm. Hy hoef nie bang te wees vir dreigemente van die molesteerder nie (Van Schalkwyk 1990: 39 - 40).

2.6.2 Mediese ondersoek

'n Mediese ondersoek kan 'n aanduiding gee of 'n kind wel gemolesteer is en hoe ernstig dit was, byvoorbeeld of penetrasie plaasgevind het.

Die kind wat vermoedelik seksueel gemolesteer is, moet vir 'n mediese ondersoek na die distriksgeneesheer, wat 'n volledige mediese verslag sal saamstel om as bewyse in die hof gebruik te kan word, geneem word (Van Schalkwyk 1990:40).

Die doel van die ondersoek is om eerstens 'n volledige evaluasie van die kind se algemene gesondheid, groei en ontwikkeling te maak. Tweedens om geregtelike bewyse van seksuele mishandeling te versamel en aan te teken. Derdens om die kind te behandel (Schuman 1990:4).

'n Mediese ondersoek moet die volgende insluit:

- 'n Volledige ondersoek van die geslagsdele en rektum;
- 'n Ondersoek vir kneusings en beserings aan die res van die kind se liggaam;
- 'n Toets vir die teenwoordigheid van spermselle;
- 'n Bloedtoets vir geslagsiektes en VIGS;
- 'n Swangerskaptoets vir ouer dogters (vanaf ongeveer elfjarige ouderdom) (Van Schalkwyk : 1990 : 40).

Dit is belangrik om 'n onderskeid tussen 'n dringende en nie-dringende ondersoek te maak. Indien seksuele mishandeling binne 72 uur voor aanmelding plaasgevind het, of indien die pasiënt simptome is, moet die ondersoek sonder verwyl gedoen word.

Die kind se algemene en emosionele voorkoms, asook die toestand van die kind se klere, moet aangeteken word. Daar moet spesifiek op beserings soos skraapwonde, bytmerke of bloukolle, asook trauma van die mond en lippe, byvoorbeeld 'n geskeurde frenulum van die tong of petichiae op die verhemelte, gelet word. Alle beserings moet aangeteken en op 'n diagram aangedui word. Alle klere van die kind moet by verwydering vir 'n moontlike geregtelike ondersoek in 'n plastiese sak of ander houer verseël word. Daar moet ook spesifiek vir hare, grond, gras en semen gesoek word.

Indien seksuele mishandeling 72 uur na die daad aangemeld word, is dit nie essensieel om die kind onmiddellik te ondersoek nie en die ondersoek kan uitgestel word totdat die kind meer gemaklik voel (Schuman 1990 : 4).

2.6.3 Aanmelding van die seksuele molestering

Gevalle van seksuele molestering moet aangemeld word by die Kinderbeskermingseenheid van die Suid-Afrikaanse Polisie of enige aanklagkantoor van die Suid-Afrikaanse Polisie, sodat die molesteerder aangekla kan word. Seksuele molestering van kinders is 'n kriminele oortreding en die oortreder moet gestraf word. Die molesteerder het nie net straf nodig nie, maar ook hulp. Wanneer hy aangekla en sy oortreding bekend word, is sy kanse om professionele hulp en terapie te ontvang, beter. So word daar dan gekeer dat ander kinders gemolesteer word (Van Schalkwyk 1990:41).

word, is sy kanse om professionele hulp en terapie te ontvang, beter. So word daar dan gekeer dat ander kinders gemolesteer word (Van Schalkwyk 1990:41).

2.6.4 Professionele hulp

Seksuele molestering het byna sonder uitsondering nadelige gevolge vir die kind. Dit is dus belangrik dat 'n kind professionele hulp kry. Dit sal hom help om die gebeure te verwerk en in die regte perspektief te plaas. So word negatiewe langtermyngevolge beperk of voorkom. Ouers worstel ook dikwels met probleme na die molestering - wat hulle eie funksionering en die van die gesin kan benadeel (Van Schalkwyk 1990 : 42).

Hulp kan van verskillende instansies en professies verkry word:

- Welsynsorganisasies
- Staatswelsyn
- Kindersorg
- Christelike Maatskaplike Raad
- Sielkundiges in privaatpraktyke
- Kinderleidinginstitute by universiteite en hospitale.

In hulpverlening aan die kind moet sy geleidelik tot die besef kom dat haar behoefte aan intimiteit en aanvaarding verstrengel geraak het met die seksuele, máár dat dit nie deur haar toedoen was nie. Haar behoefte aan vertroeteling bly steeds geldig. Die kind moet in terapie leer om haarself weer te laat geld. Die kind moet leer om "nee" te kan sê sonder om te voel dat sy dan alles gaan verloor.

Sekere werkers in die veld glo dat daar spesifieke stadia is wat in terapie deurgewerk moet word. Ney (1987:395-399) noem die volgende:

- **Realisasie:**
Die geheim moet in die ope gekry word en by name genoem word.
- **Protes:**
Die kind moet tydens hierdie stadium haar aggressie, pyn en onsteltenis verbaliseer en erken.

- **Skuld:**
Die kind moet skuldgevoelens verbaliseer en verwerk.
- **Wanhoop:**
Die kind gaan deur 'n "rouproses" waar sy moet aanvaar dat niks kan vergoed vir wat met haar gebeur het nie.
- **Herevaluering van verhoudings:**
Die kind moet nou meer realisties na verhoudings kyk. So sal hy nie aanhoudend bly soek na die ideale volwassene wat al sy behoeftes bevredig nie.
- **Versoening:**
Versoening tussen ouer en kind, as die ouer werklik wil verander, is van uiterste belang.
- **Herkonstruksie:**
Hier kan die kind selfs ander kinders begin help wat hulle in soortgelyke posisies bevind.

Bogenoemde is egter net 'n handige raamwerk om in gedagte te hou en nie 'n algemeen geldende raamwerk nie. Elke geval is uniek en vereis unieke hantering.

2.7 DIE KORTTERMYNEFFEKTE VAN SEKSUELE MOLESTERING

Die kind:

- * se eetgewoontes verander drasties;
- * vermy oogkontak;
- * verloor haar selfvertroue en is senuweeagtig (kou haar naels en wring haar hande);
- * skram weg van aanraking, veral deur 'n man;
- * verloor haar vertroue in volwassenes;
- * openbaar skyn-volwassegedrag;
- * toon tekens van enurese en/of enkoprese;
- * openbaar seksuele gedrag wat nie by haar

- ouderdomsgroep pas nie;
 - * lok volwassenes of maats openlik uit;
 - * teken prente met seksuele detail, byvoorbeeld groot geslagsorgane of haarself as huilend of geïsoleerd van die familie;
 - * verander van temperament, byvoorbeeld 'n kind wat skaam was, word aggressief;
 - * ontwikkel skielik leerprobleme by die skool;
 - * fantaseer of gee haarself gedurig oor aan dagdromery;
 - * het verhoudingsprobleme met haar maats;
 - * vermy die kleedkamers by die skool, omdat molestering dikwels in badkamers plaasvind;
 - * dra dik lae klere omdat dit vir haar voel of almal kan sien dat sy misbruik word;
 - * kom vroeg skool toe of bly laat uit omdat sy nie tuis wil wees nie;
 - * is dikwels afwesig, moontlik weens beserings en
 - * draai stokkies
- (TOD omsendminute 96 van 1994:16).

2.8 DIE LANGTERMYNEFFEKTE VAN SEKSUELE MOLESTERING

As gevolg van 'n gebrek aan 'n positiewe selfbeeld, beleving van vrees en skuldgevoelens, is die volgende moontlike langtermynneffekte van die seksueel-gemolesteerde kind:

- * Die kind verval in depressie, soms so erg dat sy nie behoorlik kan funksioneer nie. Sy dwaal of lê doelloos rond en/of isoleer haarself van haar portuurgroep.
- * Sy openbaar selfvernietigende neigings soos selfmoord, die gebruik van alkohol en dwelms, beoefen gomsnuiwery en toon eetversteurings.
- * Die kind verval in prostitusie as 'n vorm van selfvernietiging.
- * Losbandigheid en seksueel-uitlokkende gedrag kan onbeperk voortduur.
- * Onderprestasie en druiping verduister haar toekomspektief.
- * Weglopery (dros) kom voor.

- * Sy verval in 'n kriminele gedragspatroon wat tot herhaalde misbruik lei.
- * Sy leef in 'n spanningstoestand wat ook tot herhaalde misbruik kan lei.
- * Die misbruikte kind molesteer weer later as volwassene self kinders.
- * Vertraagde skok en stres kan maande of selfs jare na die molestering manifesteer (post-traumatiese stresversteuring).
- * Angsneurose.
- * Fobies.
- * Gevoelens van minderwaardigheid, gebrek aan vertroue in mense, onderdrukte woede, onvermoë om relasies te stig en te handhaaf, skaamte, skuldgevoelens en 'n vrees vir sosiale afkeuring, onderliggende gevoelens van hulploosheid en vrees.
- * Swangerskap, veneriese siektes en vigs (Giardino et al 1992:15; Olivier 1992; Kempe & Kempe 1978).

2.9 SEKSUELE MOLESTERING AS 'N MORELE PROBLEEM

Wanneer daar na seksuele molestering as morele probleem gekyk word, kan die vraag: "Wat het die gemeenskap teen seks tussen volwassenes en kinders?" gestel word.

Volgens Finkelhor (1984:14-22) is daar drie intuïtiewe argumente wat teen die idee van seks tussen volwassenes en kinders bestaan:

- 1 Seks met kinders is intrinsiek verkeerd. Dit is onnatuurlik vanuit 'n biologiese en psigologiese perspektief. Ter ondersteuning word die volgende bewyse aangevoer:
 - 'n Klein dogtertjie se vagina is te klein om 'n man se penis te akkommodeer.
 - Die gedagte aan so 'n verhouding stoot mense af.
 - Alle gemeenskappe beskou 'n seksuele verhouding tussen 'n volwassene en onvolwassene as verkeerd.

- 2 Die tweede argument verwerp volwasse-kind seksualiteit omdat dit die kind prematuur seksualiseer. Kinders is geregtig daarop om nie met so 'n komplekse aspek van die lewe gemoeid te raak nie, omdat hulle nog nie gereed is om dit te hanteer nie. Ongelukkig is kinders reeds seksuele wesens van geboorte af. Jong kinders is nuuskierig en ontdek mekaar se seksualiteit. Hierdie ontdekking van hulle seksualiteit en die verskille tussen die geslagte is van groot belang vir hulle latere seksuele ontwikkeling.
3. 'n Derde argument is dat dit fisies sowel as psigies skadelik vir die kind is. Dit wil voorkom asof die langtermyn-effekte van seksuele molestering baie nadelig is vir die kind se selfbeeld en sy vermoë om gesonde seksuele en intieme verhoudings te stig (Finkelhor 1984:15; Herman 1981:19).

Nowensry (Finkelhor 1984:15) onderstreep die feit dat seksuele molestering negatiewe gevolge vir die kind inhou. Tog lyk dit asof daar wel 'n baie klein persentasie van kinders is wat 'n positiewe gevoel - wat saamhang met seksuele genot - rondom die interaksie met die volwassene koester (Finkelhor 1984:16). Daar kan dan met reg gevra word: "Is seksuele molestering dan werklik skadelik?" Die antwoord is onomwonde ja. Die groter meerderheid van gevalle is skadelik en negatief. Die ondervindinge word selfs deur die onkundige kind as negatief en sleg beleef, al laat dit nie permanente skade nie.

Die risiko's is net te hoog en daarom is die verbod wat die gemeenskap op hierdie aktiwiteite plaas, geregverdig.

Die kwessie van "toestemming" kom ook hier ter sprake. Die samelewing beweeg, volgens Finkelhor, in die rigting van "toestemming gee", wat 'n sleutelrol in enige aktiwiteit speel. Tog is dit duidelik dat kinders nie instaat is om eerlike en kundige toestemming tot seks te verleen nie, juis omdat hulle kinders is. Om toestemming te verleen, moet 'n persoon weet waarvoor hy/sy toestemming gee en hy/sy moet die vryheid van keuse, om ja of nee te sê, behou. 'n Kind het ook nie altyd die vryheid om ja of nee te sê vir iets nie. Wetlik is die kind onder die gesag van die volwassene en het hy nie 'n vrye wil nie. En 'n kind sukkel om nee te sê vir 'n volwassene wat beheer het oor haar.

Kinders het nie die kennis om 'n kundige besluit oor seks te neem nie. Hulle is onkundig oor seks en seksuele verhoudings. Hulle mag dalk die feitlike kennis hê, maar is onbewus van die gemeenskap se bedoeling met seks. Hulle is ook onkundig aangaande die gevolge wat seksuele omgang vir hulle eie toekoms inhou. Die fisieke gevoel mag dalk wel aangenaam vir die kind wees, maar weens sy kindheid is hy onkundig aangaande die aktiwiteite en gevoelens rondom seks. Dus kan die kind nie 'n kundige besluit neem en toestemming gee nie.

Die outoriteit en oorreding wat die oortreder as gevolg van sy posisie in die familiestruktuur kan uitoefen, dra grootliks by tot die kind se ingee onder hierdie druk.

Dit is dus onmoontlik vir 'n kind om vry te wees en kundig toestemming tot seks te verleen (Finkelhor 1984:16).

2.10 SINTESE

Uit bogenoemde blyk dit dat seksuele molestering die betrokke making van afhanklike, ontwikkelende, onvolwasse kinders en adolessente by seksuele aktiwiteite, wat hulle nie ten volle verstaan of instaat is om voor toestemming te gee nie en wat die sosiaal aanvaarde gesinsrolle versteur, is.

Die wet op seksuele misdrywe gee duidelike riglyne oor wat seksuele misdrywe is en watter kinders beskerm behoort te word.

Die kliniese beeld van die seksueel-gemolesteerde kind, fisiese- en gedragsimptome gee riglyne tot die identifisering van seksueel-gemolesteerde kinders. Die evaluering en behandeling van die kind speel 'n belangrike rol in haar weg na genesing, asook in bewyslewering wat gebruik kan word in die hof indien die aantyging positief geëvalueer word. Tydens terapie moet die kort- en langtermyn effek van seksuele molestering rigting gee aan doelwitte, hanteringswyses en terapeutiese tegnieke vir elke unieke geval.

Die gemeenskap voel dat seksuele molestering van kinders onaanvaarbaar en nadelig is. Die kort- en langtermyngevolge wat seksuele molestering op die kind se totale lewe en ontwikkeling het, maak dit 'n onaanvaarbare situasie vir die gemeenskap en daarom is die veroordeling van hierdie tipe daad sterk en kragtig.

In hoofstuk drie word die leefwêreld van die normale kind teenoor die leefwêreld van die seksueel-gemolesteerde kind vanuit sielkundig-opvoedkundige perspektief gestel.

HOOFSTUK 3

DIE LEEFWÊRELD VAN DIE SEKSUEEL GEMOLESTEERDE KIND. 'n SIELKUNDIG-OPVOEDKUNDIGE PERSPEKTIEF

3.1 INLEIDING

Die kind wat hier bespreek sal word, kan in die volgende groepe ingedeel word:

- * Die junior primêre kind
- * Die senior primêre kind
- * Die junior sekondêre kind
- * Die senior sekondêre kind

Binne hierdie groep dogters, waarvan die ouderdomme van sesjaar tot agtien jaar wissel, kom groot verskille voor. Gaandeweg sal elke fase bespreek word en die verskille duidelik word. Slegs breë riglyne vir elke fase sal gegee word en daarna sal die navorsing aan die hand van die sielkundig-opvoedkundige kategorieë aandui hoe seksuele molestering die kind se totale ontwikkeling beïnvloed, en wel ten opsigte van die volgende:

- * Betekenisgewing
- * Betrokkenheid
- * Belewing
- * Selfaktualisering
- * Selfkonsepvorming

Hierdie kategorieë sal vervolgens bespreek word en dien as agtergrond waarteen die leefwêreld van die kind verstaan kan word.

3.1.1 Betekenisgewing

Die kind skep vir hom 'n leefwêreld deur die toekenning van betekenis (herken, ken, verstaan en weet). Die kind gebruik sy kognitiewe vermoëns om homself ten opsigte van sy wêreld te oriënteer.

Betekenisgewing kan logies (rasioneel) of emosioneel (irrasioneel) wees. Daar is ook sprake van 'n normatiewe komponent wat betekenisgewing beïnvloed. Volgens sy betekenisgewing oriënteer die kind hom en vorm hy relasies met mense, objekte en idees (Jacobus & Vrey 1982:11-12). Onrealistiese betekenisgewing kan aanleiding tot angs en gedragsprobleme gee, omdat die kind sy wêreld nie verstaan nie.

Wesenlike komponente van betekenisgewing

- (i) Betekenis maak oriëntasie moontlik.
- (ii) Betekenis is idiosinkraties.
- (iii) Betekenis staan altyd in verhouding tot of hou verband met ander betekenis in die kognitiewe struktuur.
- (iv) Betekenis het altyd 'n logiese dimensie wat gemeenskaplike begrip moontlik maak.
- (v) Betekenis het ook 'n psigologiese dimensie wat die unieke eie betekenis is wat deur 'n bepaalde persoon toegeken word.
- (vi) Betekenis word toenemend deur die kind ontdek.
- (vii) Betekenisgewing is slegs moontlik as die kind betekenis wil toeken of iets wil verstaan.
- (viii) Betekenisgewing het altyd 'n handelingskomponent.
- (ix) Betekenisgewing is altyd kognitief van aard.
- (x) Betekenisgewing het altyd 'n affektiewe dimensie.
- (xi) Betekenisgewing het altyd 'n normatiewe komponent.
- (xii) Die kind is altyd in totaliteit betrokke by betekenisgewing.
- (xiii) Betekenisgewing bepaal die aard en kwaliteit van relasies met 'n objek of persoon (Vrey 1979:36).

3.1.2 Betrokkenheid

Betrokkenheid dui op 'n psigiese vitaliteit of lewenskrag waarmee 'n betekenisvolle doel nagestreef of verwerklik word en is die stukrag by alle leer- en volwassewordingstake. Die persoon moet wil handel en betrokkenheid impliseer doelgerigtheid, volharding, ywer en toewyding. Die normatiewe vorm deel van betrokkenheid, want die kind kan by die verkeerde, waardelose of afbrekende betrokke wees (Jacobs & Vrey 1982:12). Die kind kan selfs onbetrokke wees wat,

volgens Vrey (1979:41), te siene is in traagheid, lusteloosheid en apatie. Dit blyk dus dat die trauma wat die seksueel-gemolesteerde kind beleef, sy betrokkenheid by dinge, mense en hom- of haarself beïnvloed.

Wesenlike komponente van betrokkenheid

- (i) Betrokkenheid dui op 'n besig-wees of 'n handeling wat psigies en/of motories kan wees.
- (ii) Betrokkenheid dui op 'n besig-wees met 'n doel.
- (iii) Betrokkenheid is 'n handeling waarmee die persoon wil besig wees.
- (iv) Betrokkenheid is 'n betekenisvolle handeling, omdat 'n doel bereik sal word.
- (v) Betrokkenheid vereis belangstelling in die doel en die hantering daarvan.
- (vi) Betrokkenheid impliseer aandag gee.
- (vii) Betrokkenheid vereis oefening en volharding.
- (viii) Betrokkenheid voldoen aan die verwagting dat die doel sal realiseer.
- (ix) Betrokkenheid as handeling beskryf die selfaktualiseringsgebeure.
- (x) Betrokkenheid dui op 'n bepaalde belewing van byvoorbeeld sukses, mislukking, vreugde en so meer.
- (xi) Betrokkenheid is die intensiewe singewende handeling waaraan die persoon in totaliteit deelneem.
- (xii) Betrokkenheid van die kind by sy selfaktualisering is die opgawe van die opvoeder.
- (xiii) Betrokkenheid impliseer 'n psigiese vitaliteit wat as stukrag dien vir die aktualisering van leer- en wordingstake (Vrey 1979:41-42).

3.1.3 Beleving

Beleving dui aan hoe die kind die situasie wat hy ervaar, evalueer. Sy evaluering kan strek van aangenaam tot onaangenaam.

Die gevoelsmagtige aard van beleving bepaal die kwaliteit van relasies wat uniek en eie aan die kind is. Die intensiteit hiervan bepaal hoe duidelik en bestendig die betekenis is wat gevorm word. Beleving bepaal die kwaliteit van betekenis en

betrokkenheid en dien as motivering (positief of negatief) vir soortgelyke aktiwiteite (Jacobs & Vrey 1982:13).

Die seksueel-gemolesteerde kind se belewing van onaangenaamhede beïnvloed sy betekenisgewing en sy vorming van relasies. Gespesialiseerde steun is dus nodig om hierdie kind te begelei om sy moontlikhede te verwerklik.

Wesenlike komponente van betrokkenheid

- (i) Belewing bepaal die kwaliteit van relasies wat gevorm word.
- (ii) Belewinge is gevoelsmagtig van aard en dui op evaluering van situasies.
- (iii) Belewing dui op die unieke eie aard van relasies wat 'n kind stig.
- (iv) Die intensiteit van belange bepaal die duidelikheid en bestendigheid van betekenis wat 'n persoon vorm.
- (v) Belewing dien as motivering vir betrokkenheid en betekenisgewing.
- (vi) Belewing is sinvolle gebeure waarby die kind in totaliteit betrokke is.
- (vii) Opvoedingshulp kan belange positief of negatief beïnvloed (Vrey 1979:45-46).

3.1.4 Selfaktualisering

Selfaktualisering veronderstel die mens as volkome betrokke by die lewe - nie net by sy eie lewe nie, maar ook by die van andere met wie hy saamleef. Dié persoon kan al sy energie en vermoëns op die probleme en omstandighede buite hom rig. Hierdie persoon het 'n realistiese selfsiening wat impliseer dat hy homself aanvaar. Volgens Vrey (1979:50) is dit die mens se doelbewuste pogings om die latente moontlikhede van sy selfheid te realiseer. Hierdie mens transendeer of styg bokant die skynbare onmiddellike perke van ruimte, tyd, fisieke en psigiese vermoëns uit. Hierdie transendensie dui op 'n realistiese selfkonsep waarby distansiëring en evaluering van die eie identiteit in die selfkennis gekoppel is (Jacobs & Vrey 1982:13-14).

3.1.5 Selfkonsepvorming

Volgens Vrey (Jacobs & Vrey 1982:22) kan die selfkonsep gedefinieer word as "die konfigurasie van oortuigings van 'n persoon omtrent homself wat dinamies is en waarvan hy gewoonlik bewus is of bewus kan word".

Die essensies van die selfkonsep is volgens Vrey (Jacobs & Vrey 1982:22) die volgende:

- (i) Die konsepsies wat 'n kind van sy self maak, vorm 'n struktuur waarbinne sommige soms belangriker is as ander. Hieruit volg 'n gestruktureerde selfkonsep.
- (ii) Die selfkonsep ontstaan deur omgang met ander mense en verkry sy gevoelsbelaaide juis uit menslike samelewing.
- (iii) Die selfkonsep is 'n georganiseerde konfigurasie van konsepsies van die self. Hierdie konfigurasies is dinamies en daarom is spesifieke konsepte van die self in bepaalde situasies belangriker as die ander en is hulle dus toeganklik vir bewuswording.
- (iv) Die selfkonsep word gevorm uit subjektiewe evaluering van ervarings waaruit 'n hoë of lae agting van die self volg.
- (v) Die selfkonsep bestaan uit oortuigings van die self, sy identiteit en sy rolle en vermoëns wat die onbetwyfelbare waarheid vir die persoon self is.
- (vi) Die selfkonsep ontstaan as gevolg van 'n bepaalde houding teenoor die self, wat 'n kognitiewe-, gevoels- en handelingskomponent bevat.

3.2 DIE LEEFWÊRELD VAN DIE KIND WAT NIE SEKSUEEL GEMOLESTEER IS NIE

Om die leefwêreld van die seksueel-gemolesteerde kind te begryp, is dit nodig om die leefwêreld van dié kind wat nie seksueel gemolesteer is nie, as agtergrond te skets.

3.2.1 Die junior primêre kind

Die kind wat vir die eerste keer skool toe gaan, beweeg vanuit die geborgenheid van sy ouerhuis na die portuurgroep en die gemeenskap. Die kind beweeg dus weg van veiligheid om die onbekende op fisieke, verstandelike en sosiale vlak te eksploreer. Deur steungewing maak die ouer dit vir die kind moontlik om sonder angs weg te beweeg. Die kind wat nie seksueel gemolesteer is nie, beskik oor gesonde en gebalanseerde vertroue in sy moeder, sy gesin en homself. Hierdie basiese vertroue bly 'n wordingskomponent wat deel vorm van sy verdere ontplooiing (Vrey 1979:93-94).

Volgens Sonnekus en Ferreira (1985:242) is die junior primêre skoolkind se leerwyse paties-ghosties van aard. Sy leerverloop word primêr gesteun en gerig deur 'n gevoelsmatige bereidheid om sy leerinisiatief te voltrek. Dit is die "direkte uitkoms van 'n ervaring en belewing wat uitloop op gedraging op grond van stabiliteit in die gewaarword as inisiëring gevoelsmatige voor-kogniese leerwyse wat as begeleidende leerwyse optree vir alle verdere ghostiese leerwyses."

Stabiele gewaarword is 'n voorwaarde vir alle ghostiese leer. Die kind moet voel dat hy wil aandag gee. Die res van die leerwyses naamlik: waarneem, dink, voorstel, fantaseer en memoriseer, word almal kardinaal beïnvloed deur die kind se gevoelsmatige stabiliteit. Sy selfidentiteit verskyn tydens omgang en wisseling met mense wat vir hom belangrik is asook met dinge in sy omgewing (Vrey 1982:95).

3.2.2 Die senior primêre kind

Die senior primêre skoolkind val in die ouderdomsgroep nege tot twaalf jaar. Die leer- en wordingsvoltrekking en daarmee saam die psigiese lewensvoltrekking van die kind, kan as ghostiese-paties bestempel word. Die klem val hier meer op die gnotiese en die kritiese houding en die soeke na oorsaak-gevolg. Die kind se meer objektiewe kritiek is bewyse hiervan. Groepsvorming binne dieselfde geslag is 'n belangrike kenmerk van hierdie fase en geslagte meng nie met mekaar nie (Sonnekus & Ferreira 1985:267).

Die kind se fisieke vaardighede, die mate waarin hy met maats oor die wegkom, uitlewing van sy geslagsrol en persoonlike onafhanklikheid is voorwaardes vir toelating tot sy portuurgroep (Vrey 1979:112). Die betekenis van sy verhoudings kan ook soos volg gestel word:

Die kind het 'n veilige tuiste nodig om sy betekenisgewing aan en oriëntasie van sy wêreld te aktualiseer. Emansipasie vind plaas en in sy groep word hy aanvaar en in sy identifisering met sy groep konformeer hy wat betref gedrag, spraak en drag. Die groep aanvaar hom en daarom aanvaar hy homself. Hy bevind hom nou in 'n gemeenskap van gelykes waar hy kan waag en eksperimenteer. Hy kan nou hier ook presteer en homself leer ken en evalueer volgens sy portuurgroep. Sy vrywillige identifisering met die portuurgroep bring mee dat die groep se waardes absoluut en dwingend is. Dit kan lei tot konflik met die gemeenskap se waardes en norme (Vrey 1979:112-114).

Liggaamlikheid begin nou 'n groot rol speel. Die dogter staan op die vooraand van puberteit. Hierdie periode vorm die oorgang tussen vroeëre fases en die adolessente fase. Die sentrale kenmerk van leer-as-wordingsverloop is toenemende gnostisering. Tog moet dit beklemtoon word dat die kind nog sterk afhanklik is van patiese stabiliteit (Sonnekus & Ferreira 1985:267).

Die kwaliteit van die ouer-kindrelasie bly die voorwaarde vir en klimaat waarin die ouer steun tot selfstandigwording kan verleen en die kind die nodige betekenis daaraan kan gee, dit kan aanvaar en internaliseer (Vrey 1979:110).

Die kind gaan meer daartoe oor om gnoties te eksploreer, te emansipeer en te distansieer. Die kind word nou met hoëre gnotiese opgawes gekonfroteer en dit is 'n algemene verskynsel dat leerprobleme hulle veral tydens hierdie fase manifesteer. Die kind wat leerprobleme ervaar, voel nie meer instaat om sy psigiese lewe by wyse van leer- en wording toereikend te voltrek nie (Sonnekus & Ferreira 1985:267-268).

Hierdie leerlinge se religieuse relasies is tans nog die diffuusste van al sy relasies en sal in die volgende fases verder ontwikkel (Vrey 1979:132).

3.2.3 Die junior sekondêre kind

Die kind se ontwikkeling verloop redelik gelykmatig. Sy selfaktualisering kan as die oorkoepelende selfstandigheidstaak gesien word. Die verwerkliking van al sy moontlikhede kan net gebeur as hy verstaan en hom oriënteer; as hy dus persoonlike doeltreffendheid beleef en as hy aan die mense wat vir hom belangrik is, toebehoort en deur hulle aanvaar word.

Pubertering by die dogter toon 'n veel gelykmatiger verloop as by die seun. Die dogter is ingekeer, stil en vertoon betreklik rustig. Slegs die uiting van 'n gegiggel binne die intieme eie geslagtelike groep, suggereer 'n verandering en ontwikkeling. Die dogter se wording is ook meer gevoelsmatig. Die dogter se voorstelling en fantasieë tree nou sterk op die voorgrond en sy lees graag romans. Sy is sterker ingestel op die erotiese wording as op die seksuele (Sonnekus & Ferreira 1985:274-278). Die kind se betrokkenheid by haar liggaam en haar voorkoms is verstaanbaar omdat dit in belang van die selfkonsep is. Dit sluit dus haar liggaamsbeeld in, maar ook hoe sy tot haar wêreld toetree en relasies vorm - 'n beleefde liggaam word veronderstel (Vrey 1979:179).

Die kind se kognitiewe leerwyses is op die realiteit ingestem en is sterk op saaklikhede en feite toegespits. Op hierdie ouderdom is die kind nog afhanklik van haar ouers en word sy sterk deur hulle beïnvloed. In haar toenemende gemoeidheid en betrokkenheid by die wêreld daar buite, ontplooi nuwe perspektiewe en word ook haar ouers as persone gesien wat vergelykbaar is met ander volwassenes.

Die kind begin haar eie opinies vorm in verband met sedelike en religieuse aangeleenthede. Haar kritiese ingesteldheid veroorsaak dat sy na geïntegreerdheid soek. Sy is krities ingestel ten opsigte van godsdiensoorleë en die praktiese lewe. Die mense rondom haar word beoordeel en geëvalueer aan die hand van normes en waardes wat haar ouers, die gemeenskap en haar godsdiensoorleë daargestel het.

3.2.4 Die senior sekondêre kind

Die kind se formeel-operasionele denkwyses gee betekenis aan alles waarby hy betrokke is. Sy selfkonsep bereik 'n hoë mate van permanensie wat uitkristalliseer in sy kontinue verwerkliking van toereikendheid. Die heteroseksuele relasie tussen senior sekondêre leerlinge is van groot belang en kan bevordelik wees vir selfstandige selfrealisering, maar ook selfvernietigend wees. Dié kind verlaat sy ouerhuis periodiek of kan dit selfs permanent verlaat. Die adolessent kan 'n selfstandige sienswyse ten opsigte van fundamentele en ander belangrike sake soos byvoorbeeld godsdiens hê wat selfs van dié van sy ouers verskil. Die senior sekondêre kind vorm sy eie opinies oor sedelike en religieuse aangeleenthede. Die kind moet 'n beroepskeuse, wat ontstaan vanuit die selfaktualiseringsperspektief, begin maak. Die aard van die besondere beroep word gesien as die terrein en situasie waarbinne selfverwerkliking sal plaasvind.

3.3 DIE LEEFWÊRELD VAN DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND

Hoe sien die seksueel-gemolesteerde kind in die verskillende lewensfases se betekenisgewing, belewing, betrokkenheid, selfaktualisering en selfkonsep daar uit?

3.3.1 Betekenisgewing

3.3.1.1 Junior primêre fase

Die seksueel-gemolesteerde kind in die junior primêre fase kom in aanraking met 'n nuwe "betekeniswêreld", weg van sy ouerhuis. Omdat haar ouerhuis as gevolg van die geskende vertrouensverhouding, nie die nodige ondersteuning en geborgenheid kan gee nie, sukkel sy om op fisiese-, kognitiewe- en sosiale vlak te eksplloreer. Sy is angstig omdat sy nie veilig voel nie en ook nie verstaan of weet waarom sy so voel nie. Haar vertrou in haar ouers, gesin en haarself is reeds geskend. Op grond hiervan is sy ook nie instaat om goeie relasies met haar onderwysers en maats te vorm nie. Sy sal reeds "anders" begin voel en so betekenis aan haarself begin gee wat dan deel sal vorm van haar selfidentiteit (Curtois 1988:96-97).

3.3.1.2 *Senior primêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde kind in hierdie fase begin meer verstaan wat met haar gebeur en sy besef dat wat gebeur, verkeerd is. Sy begin dus krities na die molestering kyk en soek na die oorsaak en gevolg daarvan. Omdat haar gevoelens haar betekenisgewing beïnvloed, kan sy nie tot logiese gevolgtrekkings kom nie. Sy begin ook leerprobleme ervaar omdat haar stabiele gewaarword en aandag gee ontoereikend is weens patiese belemmering. Sy het probleme om in te pas by haar "gelykes" en funksioneer op 'n vlak wat of te jonk of te volwasse vir haar maats is. Weens emosionele verwaarlosing is sy nie op dieselfde emosionele vlak as haar maats nie en op fisiese vlak beskik sy oor kennis wat hulle nie verstaan nie (Curtois 1988:96-98).

3.3.1.3 *Junior sekondêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die junior sekondêre fase beleef 'n onstabiliteit wat 'n skerp kontras vorm met haar maats se rustige leefwêreld. Haar gevoelens is in 'n warboel en haar ouers wat haar moes beskerm, bejeën sy met woede en vyandigheid. In haar betekenisgewing aan ander figureer wantroue in plaas van vertroue. Sy vind dit moeilik om haarself kognitief toe te spits op saaklikhede en feite. Haar liggaamsbeleving is reeds verder ontwikkel as dié van haar maats as gevolg van die seksuele molestering. Waar sy nou op erotiese voorstellinge en fantasieë ingestel behoort te wees, ken sy net die seksuele molestering en dié se werklikheid.

3.3.1.4 *Senior sekondêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die senior sekondêre fase kan aan haar liggaam die betekenis van 'n blote seksvoorwerp gee. Hoe seksuele aktiwiteite werk, ken en verstaan sy, maar sy begryp nog glad nie hoekom dit met haar gebeur nie. Haar leerverloop word gerem en sy presteer nie volgens haar potensiaal nie. Sy het die sinvolheid van haar lewe nog nie ervaar nie en haar menswaardigheid is aangetas. Sy is "uitgelewer" aan alles wat saam met haar en haar gemolesteerde verlede kom. Sy sukkel om selfstandige besluite te neem en haar verwronge normstelsel en lewensopvatting bring haar gedurig in konflik met die gemeenskap.

3.3.2 Betrokkenheid

3.3.2.1 *Junior primêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter mag haarself in 'n fantasiewêreld onttrek. Sy wil nie betrokke wees by die realiteit nie. Sy kan tekens van depressie, wat ongewoon is vir haar ouderdom, toon. Haar onttrekking aan sosiale relasies en onvermoë om relasies te handhaaf, mag sigbaar word in haar gedrag teenoor maats (Curtois 1988:96). Haar betrokkenheid by mense word reeds as 'n mislukking beleef.

3.3.2.2 *Senior primêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die senior primêre fase mag belangstelling in haar skoolwerk begin verloor en geen deursettingsvermoë in die uitvoer van handelinge openbaar nie. Sy openbaar seksuele gedrag wat nie by haar ouderdomsgroep pas nie. Sy het verhoudingsprobleme met haar maats en sy is nooit deel van die portuurgroep nie. Dit lei tot onttrekking en sy gee haarself aan dagdromery oor. Haar gedrag is onvanpas vir haar ouderdom, veral ten opsigte van onvanpaste seksueel-uitlokkende gedrag (Curtois 1988:97).

3.3.2.3 *Junior sekondêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die junior sekondêre fase mag nou begin stokkiesdraai, anti-sosiale gedrag openbaar en aggressief wees. Substansmisbruik mag ook voorkom. Sy openbaar skyn-volwassegedrag, maar skram weg van betrokkenheid. Sy verval in depressie en kan dus nie behoorlik funksioneer nie en isoleer haarself van haar portuurgroep. Onderprestasie en druiping verduister haar toekomsperspektief. Losbandige en seksueel-uitlokkende gedrag kom voor. Haar "beleeftde liggaam" is 'n "misbruikte liggaam" (Curtois 1988:98).

3.3.2.4 *Senior sekondêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die senior sekondêre fase kan tekens van apatie toon, terwyl sy tog seksueel-uitlokkend teenoor maats en volwassenes kan optree. Haar liggaam toon tekens van verwaarlosing en onbetrokkenheid.

Selfvernietigende neigings soos selfmoord en alkoholmisbruik mag voorkom. Sy onderpresteer en daar is geen vooruitsig op 'n blink toekoms nie en ook geen sprake van selfverwerkliking binne die normale verloop van volwassewording nie (Curtois 1988:98-99).

3.3.3 Belewing

3.3.3.1 *Junior primêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die junior primêre fase se gedrag is die manifestering van haar ervaring en belewing van die seksuele molestering. Sy beleef haarself as anders as haar maats en toon gedragsprobleme. Sy onttrek haar van aanraking en van haar maats (Curtois 1988:96-97). Sy beleef sosiale kontak negatief. Haar gevoelslewe is paties oorspoel en sy sukkel om oor te gaan tot aandag gee en haar skoolwerk ly gevolglik daaronder.

3.3.3.2 *Senior primêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die senior primêre fase beleef haarself en haar liggaam as anders as dié van haar maats. Sy is seksueel uitlokkend, want dit is die manier waarop sy aandag verkry - tog bly die belewing negatief. Sy ervaar moontlik ook leerprobleme en beleef haarself as "dom" en "net goed vir seksuele speletjies". Gevoelens van mislukking, frustrasie, verwarring, skaamte en verlies van eiewaarde word beleef (Curtois 1988:96-97). In plaas van om krities dinge te kan evalueer, vind daar 'n onverantwoordbare evaluering van aangename en onaangename situasies plaas en is die kind se gedrag onverklaarbaar.

3.3.3.3 *Junior sekondêre fase*

In plaas van om 'n rustige fase te betree, betree die seksueel-gemolesteerde dogter in die junior sekondêre fase 'n tydperk waar dit vir haar moeilik is om te verstaan wat met haar gebeur. Dit is vir haar onmoontlik om haar gevoelens en belewinge logies te verander en te verstaan. Sy beleef haar omstandighede as hulpeloos en gevoelens van vrees, skaamte, minderwaardigheid en onderdrukte woede vorm deel van haar daaglikse belewing (Curtois 1988:98-99).

3.3.3.4 *Senior sekondêre fase*

Die ongunstige belevinge van die seksueel-gemolesteerde dogter in die senior sekondêre fase bepaal haar onduidelike en onbestendige toekoms. Sy beleef haar toekoms as sinledig en waardeloos. Die relasies wat sy stig is swak en bly seksueel van aard - wat geen beleving van genoegdoening inhou nie (Curtois 1988:98-99).

3.3.4 Selfaktualisering

3.3.4.1 *Junior primêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die junior sekondêre fase se verwerking van haar moontlikhede word deur haar patiese ingesteldheid beperk. Sy onttrek haar van mense en aanraking, kry nagmerries, eetversteurings kom voor en sy is hiperaktief en aggressief (Gillham 1991:35; Curtois 1988:96-98).

3.3.4.2 *Senior primêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die senior primêre fase toon enersyds tekens van vroeë volwassewording en andersyds infantiele gedrag. Sy tree soms seksueel uitlokkend op en het kennis oor die seksuele wat nie by haar ouderdom pas nie. Sy beteken haarself dus as anders en haar relasies met ander mense wys haar ook daarop dat sy anders is as haar maats. Sy is verward en weet nie mooi waar sy inpas nie. Sy kan haarself nie begin rig op ander se probleme buite haarself nie. Sy kan wel transendeer tydens seksuele molestering sodat sy onbewus is van wat fisiek met haar gebeur - deur byvoorbeeld te fikseer op die sonlig wat deur die venster val. Bogenoemde hou negatiewe konnotasies vir haar selfkonsep in.

3.3.4.3 *Junior sekondêre fase*

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die junior sekondêre fase onderpresteer gewoonlik, gedra haarself onvanpas en het 'n lae of geen gevoel van eiewaarde nie. Sy kan nie gepaste sedelik-selfstandige besluite neem nie en haar normes en waardes is onaanvaarbaar vir die gemeenskap. Haar eie identiteit en selfkennis bly

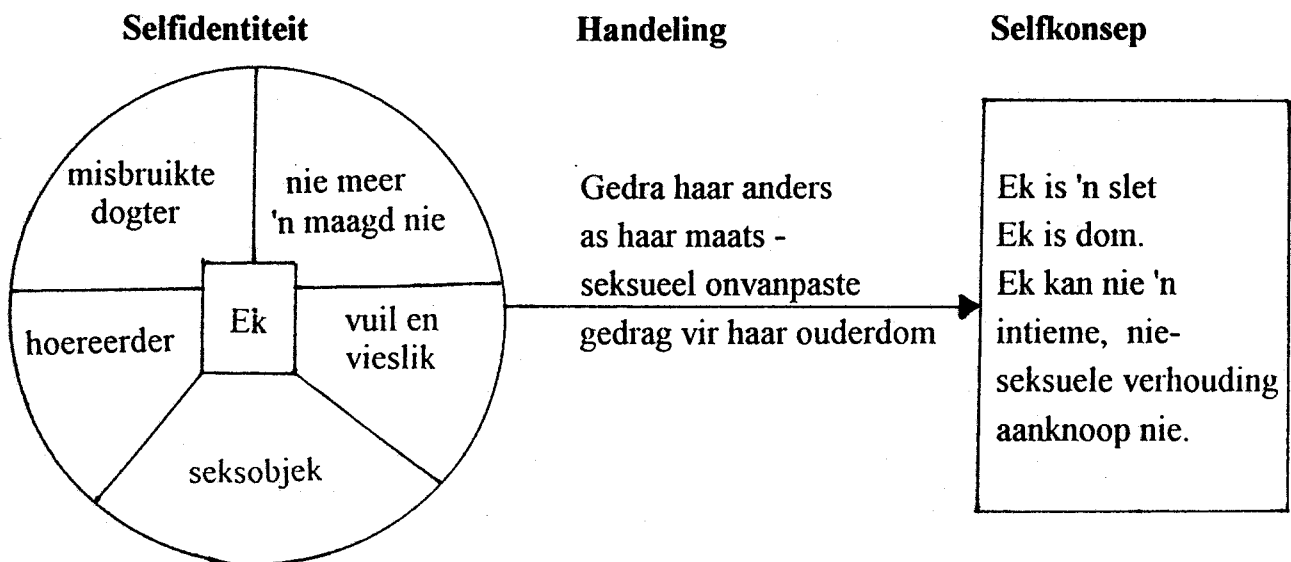
verweef met haar negatiewe belevinge van haarself en haar betrokkenheid by die seksuele molestering (Curtois 1988:98-99).

3.3.4.4 Senior sekondêre fase

Die seksueel-gemolesteerde dogter in die senior sekondêre fase sien geen doel vir haar bestaan nie. Depressie, skuldgevoelens, woede en verwardheid is deel van haar daaglikse bestaan. Soms kom psigoses en skisofrenie voor weens ekstreme onttrekking aan sosiale interaksie, wegstramming van die molestering en angs. Sy het geen toekomsverwagtinge nie. Dis vir haar onmoontlik om uit te styg bokant onmiddellike beperkinge en om 'n realistiese selfkonsep, waar haar eie identiteit en selfkennis geskei word van die seksuele molestering, te vorm (Curtois 1988:98-99).

3.3.5 Selfkonsepvorming

Die seksueel-gemolesteerde kind se begrip of beeld van die self bestaan uit drie onderling afhanklike komponente naamlik: identiteit, handeling en selfagting (Vrey 1979:51). Soos wat die seksueel- gemolesteerde dogter ouer word, vra sy: "Wie is ek in die oë van ander?" en "Wie is ek in my eie oë?" In die volgende skema word hierdie vrae aangespreek:



Figuur 1

Haar angstige handeling as gevolg van gebrekkige leiding van die volwassene/opvoeder, het aanleiding gegee tot 'n onrealistiese selfkonsep wat manifesteer in 'n swak waaghouding, 'n minderwaardigheidsgevoel en 'n onwil om betrokke te raak. Sodoende poog sy om haarself uit haar situasie te lig.

3.4 SINTESE

In hierdie hoofstuk is gepoog om binne die raamwerk van die sielkundig-opvoedkundige kategorieë die normale verloop van die volwasseywording van die kind wat nie seksueel gemolesteer is nie, weer te gee. Hierdie besprekings is as vertrekpunt geneem in die tref van 'n vergelyking tussen die verloop van die volwasseywording van die seksueel-gemolesteerde kind en dié van die dogter wat nie die seksueel-gemolesteerde is/word nie.

Uit die bespreking blyk dit dat die dogter wat seksueel-gemolesteer word, se totale ontwikkeling en funksionering negatief deur die molestering beïnvloed word.

In hoofstuk vier word terapeutiese tegnieke, wat gebruik word en verwerk is vir toepassing op die seksueel-gemolesteerde kind, bespreek.

HOOFSTUK 4

TERAPEUTIESE TEGNIEKE

4.1 INLEIDING

Daar bestaan verskeie terapeutiese tegnieke vir hulpverlening aan seksueel-gemolesteerde kinders. Net so verskillend as wat elke unieke geval is, net so veel verskillende terapeutiese tegnieke is daar. In hierdie hoofstuk word die verskillende terapeutiese tegnieke, wat reeds gebruik en verwerk is vir die seksueel-gemolesteerde kind, beskryf. Terapie aan 'n seksueel-gemolesteerde kind vereis deeglike kennis van terapeutiese tegnieke vir hulpverlening asook kennis van die spesifieke kind en sy ervaring. Terapie begin die oomblik waarin die terapeut kontak maak met die kind. Wanneer terapie toegepas word, moet die terapeut altyd die verskil tussen seksuele molestering buite gesinsverband en seksuele molestering binne gesinsverband in gedagte hou.

4.2 TERAPIE MET DIE SEKSUEEL-GEMOLESTEERDE KIND

Volgens Malan (Rech & Jahn 1989:34) kan terapie met die seksueel-gemolesteerde kind in drie fases gedeel word, naamlik:

- A Beginfase
- B Middelfase
- C Termineringsfase

A Beginfase

Soos reeds genoem, begin terapie in die eerste kontak tussen terapeut en kind. Formele terapie neem dikwels direk na evaluasie in aanvang. Oriëntering vorm deel van die beginfase en behels die volgende:

- 'n paar sessies om te verduidelik wat terapie is asook die doel daarvan;
- 'n oordrewe aangetrokkenheid tot die terapeut wat die terapeut weglei van die werklike probleem;
- soms moet beperkinge op die oordrewe affektiewe behoeftes en/of oormatige aggressie geplaas word om seksuele gedrag te neutraliseer.

B Middelfase

Sodra die verhouding tussen die terapeut en die kind gevestig is, kom sekere temas, wat eers deurgewerk moet word, na vore:

- skuldgevoelens;
- blamering;
- lae eiewaarde;
- ontkenning;
- dreigemente en geweld;
- ouerlike verwaarlosing en verlies.

Bogenoemde temas mag vir die kind moeilik wees om oor te praat en die terapeut moet sensitief te werk gaan.

Dit mag ook gebeur dat die kind gedurende hierdie fase hof toe moet gaan en dit is die terapeut se taak om die kind op die gebeure wat in die hof sal/kan plaasvind, voor te berei. Dit is sinvol om die kind voor die tyd na die hof te neem en haar bekend te stel aan hofprosedures.

C Termineringsfase

Gedurende die termineringsfase kan gevoelens van verwerping of oorafhanklikheid ten opsigte van die terapeut voorkom. Dit ontstaan as gevolg van die vertrouwensverhouding wat met die terapeut opgebou is. Dit is dus wenslik om ses tot agt weke voor die terminering reeds met die kind te praat oor beëindiging van terapie. Op dié manier word die kind dan begelei tot die beëindiging van die terapie.

4.3 SOORTE TERAPIE

Die ouderdom van die kind sal bepaal watter tipe terapie toegepas sal word. So word spelterapie byvoorbeeld vir voorskoolse en laerskoolkinders aanbeveel, terwyl meer verbale benaderings en groepterapie vir die ouer kind gebruik word (Rech & Jahn 1989:35).

Dit is ook sinvol om van meer as een tegniek gebruik te maak.

Die volgende terapeutiese tegnieke is reeds gebruik en kan ook gebruik word in die hantering van 'n seksueel-gemolesteerde kind:

(Daar word gekonsentreer op terapeutiese tegnieke wat reeds gebruik en aangepas is in die gebruik van terapie by seksueel-gemolesteerde kinders.)

4.3.1 Groepterapie met tieners

Die groep ontmoet weekliks vir 'n uur en 'n half. Die groep word dan deur een of meer terapeute uit verskillende areas van die gesondheidsdienste gelei. Die groep fokus op drie spesifieke doelwitte:

- * Eerstens word elke individu gelei om haar gevoelens en ervarings te verwerk en te verstaan hoe die seksuele molestering haar lewe beïnvloed het.
- * Tweedens bied die groep aan hulle 'n geleentheid om te praat sonder die stigmatisering en isolasie wat hulle in die portuurgroep en in die samelewing ervaar.
- * Derdens word hulle begelei tot individualisasie en emansipasie.

Temas wat bespreek kan word, is: die traumatiese gebeure, verraad, hulpeloosheid en stigmatisering. Alle inligting wat in die groep bespreek word, is vertroulik.

Groepsterapie bied aan die kind die geleentheid om isolasie ten opsigte van haar portuurgroep te verminder. Dit bied haar ook die geleentheid om vriende te maak met ander wat haar pyn verstaan en kan deel in haar belewing van die feit dat sy "damaged goods" is. Hier bou sy weer vriendskappe en vertrouensverhoudings op wat as vertrekpunt kan dien vir toetrede tot 'n normale samelewing (Cornman 1989:261-271).

4.3.2 Dans- of bewegingsterapie

Volgens Goodwill (1987:59-67) is dansterapie 'n metode van psigoterapie wat fokus op liggaamlike beweging as funksioneel en betekenisvol. Beweging word gebruik as 'n proses wat fisiese, emosionele en kognitiewe integrasie aanmoedig. By kinders word die psigomotoriese ontwikkeling en leerproses verder beklemtoon.

Kinders wat seksueel gemolesteer is, vermy fisieke kontak of mense in hulle persoonlike ruimte. Hierdie kinders se persoonlike ruimte is geskend. Selfs die aanraking van 'n maat veroorsaak liggaamlike terugtrekking. Die kinders lyk bang en gespanne; sommiges hardloop selfs weg. Die kind moet weer leer om beheer en kontrole oor haar persoonlike ruimte en eienaarskap van haar liggaam te verkry.

Bewegingspele is gebaseer op "gebiedseienaarskap" waar die kinders die besitters van hulle eie ruimte is. Vrae soos: "Hoe naby is te naby?" , "Wie sal ek toelaat in my persoonlike ruimte?" , "Watter tipe aanraking is aanvaarbaar en hoekom?" word deel van die bewegingspele.

Dans- en bewegingsterapie bied die voordeel dat kinders op 'n nie-verbale en simboliese manier kan kommunikeer. Om stories te vertel deur groot-motoriese spel, mimiek en dans, maak dit vir die kinders makliker om hulself uit te druk. Hierdie terapie is veral gedurende die beginfase van terapie,

wanneer die kind nog aanpas en sukkel om te verbaliseer wat met haar gebeur het, geskik.

Seksueel-gemolesteerde kinders isoleer hulleself maklik van hulle portuurgroep en deur dans- of bewegingsterapie kan die kind se selfbeeld en sosialisering aangespreek word. Voorbeelde hiervan is moderne danse, atletiek en fyn-motoriese bewegings. Selfgeldende tegnieke kan deur dans en beweging aan die kind geleer en ingeoefen word.

Dans- of bewegingsterapie vorm, as deel van 'n multi-professionele benadering, 'n weg vir die kind om op 'n nie-verbale manier relasies te stig en is 'n voertuig om gevoelens en traumatiese gebeure te ondersoek en nuwe gedrag en 'n nuwe identiteit op te bou.

4.3.3 Dramaterapie met adolessente

Die groep word gelei deur twee "medewerkers". Die sessies is omtrent vier tot vyf ure lank. Dramaterapie kan vir 'n periode van agt weke duur. Uit ervaring is geleer dat hierdie kinders vier tot vyf ure nodig het om deur een sessie te kom. Die sessies vind plaas in 'n ateljee sodat die ervaring outentiek kan wees.

Die primêre doel van hierdie terapie is om gevoelens van geesteskrag en beheer op te bou en om gevoelens van hulpeloosheid en verlies aan beheer teë te werk.

Gedurende die sessies word daar geen kritiek uitgespreek oor die kwaliteit of inhoud van die deelnemers se idees nie. Inteendeel, alles word aanvaar en die ingrypingsmetodes is om konfrontering te vermy. Die rede hiervoor is dat die dogters bang is dat hulle daarvan beskuldig sal word dat hulle seksuele molestering uitgelok het. Die groepleiers aanvaar dus al die stories en dialoog wat gedurende die uitvoering voorkom. Die dogters word aangemoedig om hulself deur toneelspel uit te druk. Rolspel word as 'n projeksiemedium, om ook daardie "onuitgesproke" inligting te bekom, gebruik.

Dit blyk dat die deelnemers só afstand verkry van die eintlike gebeure en dan instaat is om hulle meer persoonlike gevoelens met die groepleier en ander deelnemers te deel.

Dit wil voorkom asof dramaterapie die kinders help om minder aggressief te wees, om depressie en psigotiese gedrag te verminder en die selfbeeld op te bou (Mackay, Gold & Gold 1987:77-83).

4.3.4 Briewe aan "Tammy"

Hierdie tegniek maak gebruik van briewe wat deur die gemolesteerde kind aan 'n fiktiewe maatjie, wat ook seksueel gemolesteer is, geskryf of gedikteer word. Die terapeut vra die kind dan om haar te help met die geval. Die kind help dan, deur haar briewe, die fiktiewe maatjie om die gebeure en gevoelens te verwerk, terwyl haar eie belewinge eintlik na vore kom.

Dit blyk dat hierdie tegniek die kind help "onthou", haar selfbeeld opbou en katarsis laat bereik terwyl sy binne die veilige hawe van terapie verkeer.

Die etiese vraag of 'n mens 'n kind so "om die bos" mag lei, is relevant by die gebruik van hierdie tegniek. Die terapeut moet dus besluit of die soort terapie tot die kind se voordeel is of nie en as die kind instaat was om die voordele self raak te sien, of die kind dit sou verstaan (Lindahl 1988:417-421).

4.3.5 Terapie deur middel van gedigte

Volgens Mazza (1987:85-92) is dit vir seksueel-gemolesteerde kinders moeilik en bedreigend om op die gewone verbale metodes van evaluering en terapie uiting te gee aan die gebeure en hul gevoelens.

Terapie aan die hand van gedigte kan in individuele- of groepsterapie met die ouer kind gebruik word. Hierdie terapie sluit in die skryf en verbalisering van, die voorlees van en die luister na gedigte.

Die doel met hierdie tegniek is om die kind te help om haarself uit te druk en haar gevoelens te ondersoek. Verder help dit om op 'n sistematiese wyse die kwaliteit en kwantiteit van terapie te bepaal.

Dit is 'n ego-ondersteunende tegniek wat selfuitdrukking en beheer fasiliteer. Wanneer dit in groepsterapie gebruik word, help dit om die groep nader aan mekaar te bring, om die probleem as universeel te sien en om uitdrukking aan die self te gee.

Gedigte is veral bruikbaar in die middel- en eindfase van terapie wanneer die kind makliker verbaliseer. Dit is egter ook bruikbaar wanneer 'n kind weerstand bied in die beginfase van terapie (Mazza, Magaz & Scatuvro 1987:85-91).

4.3.6 "Paraverbal Therapy"

"Paraverbal therapy" is 'n multisensoriese benadering in die hantering van seksueel-gemolesteerde kinders. Hierdie tegniek maak gebruik van verskillende maniere van kommunikasie wat ouditiewe-, visuele-, tassintuiglike- en bewegingselemente insluit. Die kind kommunikeer deur ritmiese klank, ontwikkelingsbeweging en aanraking. Woorde en materiaal word metafories gebruik. So word 'n lied byvoorbeeld, wat nie direk met die kind te doen het nie, maar wat moontlik op 'n ander vlak weerklank vind by haar emosies wat te bedreigend is om direk oor te praat, gebruik. Hierna kan die kind haar eie woorde in die lirieke inskryf of slegs woorde voorsien waar die terapeut hulle uitlaat. Alhoewel daar baie van musiek gebruik gemaak word, word ekspressiewe media daarmee saam gebruik.

Hierdie tegniek bied 'n geleentheid aan die kind om in 'n vertroetelende atmosfeer 'n verhouding met 'n volwassene te stig. Die verhouding stel die kind in staat om te groei, te ontwikkel, haar selfbeeld op te bou en 'n eie identiteit te verwerf.

Die metaforiese gebruik van instrumente, beweging en lirieke help die kind om sy konflikte en gevoelens te verwerk, terwyl die eksterne probleme op 'n indirekte wyse ingesluit word.

Die wye verskeidenheid van media help die terapeut om geskikte media te kies waarop dié spesifieke kind sal reageer (Wheeler 1987:69-76).

4.3.7 Musiekterapie

Volgens die Musiekterapie Vereniging van Suid-Afrika word dié begrip as volg gedefinieer:

" Musiekterapie is die gebruik van musiek as 'n middel om fisieke, kognitiewe en emosionele veranderings te bewerkstellig deur die behandeling, rehabilitasie, opvoeding en opleiding van volwassenes om kinders met gestremdhede, met inbegrip van, onder andere kommunikasiestoornisse, emosionele versteurings, gerontologie, leergestremdhede, verstandelike vertraging, fisieke geremdhede, psigiatrisse stoornisse en sielkundige probleme, te help." Dit is die wetenskaplike en funksionele aanwending van musiek binne die konteks van 'n terapeutiese verhouding (Hauptfleisch 1988:14).

Daar kan onderskei word tussen aktiewe en passiewe musiekterapie. Aktiewe musiekterapie impliseer dat musiek as 'n kommunikasiemiddel ter hulpverlening gebruik word, terwyl passiewe musiekterapie daarop neerkom dat musiek op sigself sekere invloede tot gevolg het. Alhoewel dit onderskei kan word, kan dit in wese nie werklik geskei word nie. Musiek kan dus as medium gebruik word om betekenisgewing en verbeterde funksionering vir alle mense te weeg te bring (Swanepoel & Roets 1992:2-3).

Musiek kan die eerste terapeutiese kommunikasie tussen 'n beangste kind en 'n terapeut wees. Volgens Cloete (1988:11) het navorsing getoon dat angsvlakke deur musiek verlaag kan word.

Terapeutiese sessies kan uit individue of groepe wat sosiale interaksie en verbalisering moontlik maak, bestaan. Die klem is op die uiting van emosies en die ontwikkeling van die selfbeeld binne die grense van die musiek en nie-verbale klanke.

Die gebied van verskillende musiekelemente naamlik instrumente, die stem en beweging, open die weg tot kommunikasie.

Musiekterapie vorm 'n brug tussen die terapeut en die kind, omdat hulle met bedreigende inhoud op 'n metaforiese wyse in 'n veilige atmosfeer, kan werk.

Musiekterapie is gestalt- en groei georiënteerd. Die rasionaal is dat identiteit dinamies is en dat elke individu oor baie potensiaal, wat slegs deur omstandighede geblokkeer word, beskik. Musiekterapie bied aan die kind 'n veilige en aanvaarbare metode om aan sy aggressie en frustrasie uiting te gee (Cloete 1988:11-12). Wanneer musiek die fokuspunt in terapie is, vind stimulering/kalmering tesame met 'n verbeterde terapeutiese verhouding plaas. Tydens die terapeutiese proses word die fisiese sowel as psigiese behoeftes van die persoon in ag geneem (Swanepoel & Roets 1992:7).

Die kind wat sukkel om te verbaliseer wat in hom aangaan, voel dan gemaklik en veilig en kommunikeer deur die musiek (Swanepoel & Roets 1992:13).

4.3.8 Onderhoudvoering

Ondervoering is een van die belangrikste aspekte in die hantering van seksuele molestering omdat dit 'n diagnostiese - sowel as terapeutiese funksie vervul (Giardino et al 1992:19; Goldstein 1987:175).

Wanneer daar met 'n onderhoud begin word, moet die onderhoudvoerder die kind se ouderdom, emosionele, fisiese ontwikkelingsvlak, en kognitiewe ontwikkeling in ag neem (Giardino et al 1992:20, Goldstein 1987:181). Dit beïnvloed die totale verloop van die onderhoud.

Volgens die "AAP Committee on Child Abuse and Neglect (Giardino et al 1992:20; Goldstein 1987:190) is daar riglyne gestel vir die onderhoudvoerder om op 'n nie-leidende, oop wyse met die kind te kommunikeer. Die onderhoudvoerder moet ook bedagwees om nie emosies van skok, ongeloof en soortgelyke emosies te wys nie (Giardino et al 1992:20 & Goldstein 1987:217).

Die onderhoud is daarop gemik om spesifieke en betroubare inligting in te samel. Dit is belangrik om seker te maak (a) watter tipe seksuele daade gebeur het, (b) wie betrokke was, (c) wanneer dit plaasgevind het, (d) waar dit plaasgevind het en enige ander relevante inligting. Terwyl dié inligting versamel word, moet die onderhoudvoerder nog steeds die kind veilig laat voel. Rapportstigting en vertroue is van kardinale belang tydens die onderhoud, sodat die weg oopbly vir tweerigting kommunikasie.

Wanneer die kind gelei word tot onthulling van feite, mag ontkenning een van die onderhoudvoerder se grootste struikelblokke wees. Dit is 'n verdedigingsmeganisme wat die kind gebruik om haarself te beskerm teen vrees, skaamte en ongemak om die inligting bekend te maak. Die onderhoudvoerder moet erkenning gee aan die kind se ongemak, maar tog probeer voortgaan op 'n sensitiewe wyse.

Somtyds word daar van ander media gebruik gemaak tydens die onderhoud om die kind te help om makliker te kommunikeer oor die seksuele molestering.

Hierdie media help kleiner kinders wat nie oor die nodige taalvermoëns beskik nie, om detail te onthul. Dit help ook soms om die trauma te minimaliseer. Indien die tegnieke korrek hanteer word, word die graad van leiding byna totaal uitgeskakel.

Van hierdie media is die volgende:

- handpoppe;
- poppe (ook die kind se eie poppe);
- sandbakke;
- klei;
- anatomies korrekte tekeninge; ^{Poppe}
- inkleurboeke;
- tekeninge;
- pophuise en
- blokke (Goldstein 1987:228-243).

Die gebruik van hierdie media sal kortliks verduidelik word:

Handpoppe

Handpoppe is 'n uitstekende manier om met jong kinders te gesels. Hierdie medium help om die ys te breek en om die verhouding te stig. Die handpoppe kan selfs gemaak word en terwyl dit gebeur, bou die kind en terapeut 'n vertrouensverhouding op. Die tipe handpop wat 'n kind kies, kan reeds aan die terapeut inligting gee aangaande die kind se selfkonsep.

Wanneer die handpoppe aan die kind bekend gestel word, moet daar klem gelê word daarop dat die handpoppe die kind kan "help vertel wat gebeur het". Hy "praat" vir jou.

Poppe

Poppe is nuttig om die kind te help demonstreer wat gebeur het. Die kind mag met die poppe praat, hulle ontklee en die liggaamsdele benoem. Soms is dit makliker om die kind se eie poppe te gebruik, omdat sy met hulle vertrou is en nie bang is om met hulle te speel nie.

Sandbakke

'n Kleinerige bak met sand wat op 'n tafel staan, is voldoende. Die wyse waarop die kind met verskillende speelgoed speel, wys reeds hoe die kind oor homself voel. Wat die kind ook bou in die sandbak moet in detail bespreek word sowel as die speelgoed waarmee hy speel. Temas wat hulle voordoene in sandspel is vrese, skeiding, verlies en aggressie.

Die kind kan selfs die figure, wat deel was van die molestering, in die sand teken. Hierdie tekeninge kan gebruik word om te gesels oor spesifieke liggaamsdele wat betas is. 'n Voordeel hiervan is dat die kind die gebeure kan uitvee of daaroor kan teken.

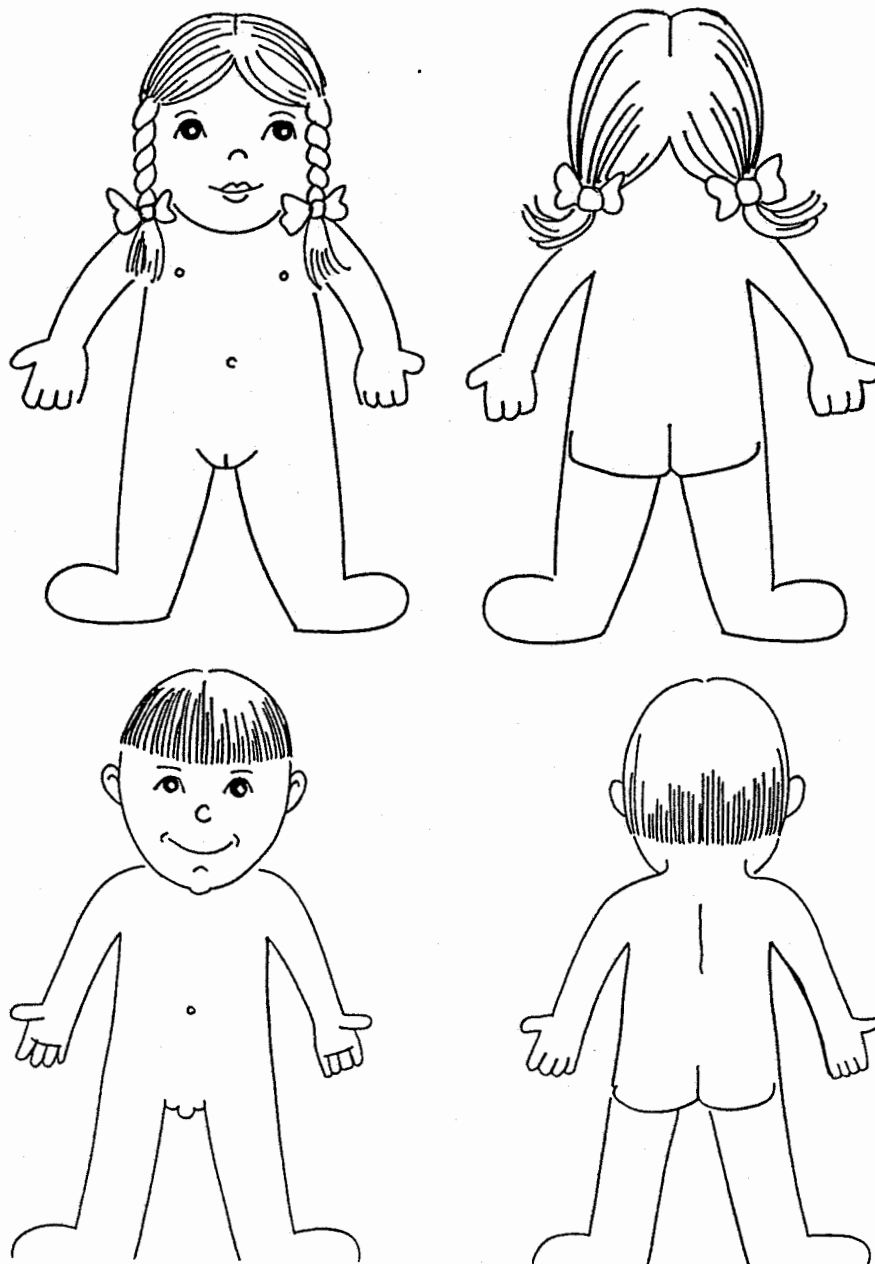
Klei

Die gebruik van klei is deel van kunsterapie. Dikwels word 'n kind se aggressie vertoon in sy interaksie met die klei. Figure kan uit die klei gemaak word en dit is makliker vir die kind om die geslagsorgane hierop aan te dui. Weereens kan die kind al die dele benoem en vertel wat hulle gedoen het.

Anatomies korrekte tekeninge

Soms werk poppe en ander tegnieke nie en dan kan anatomiese korrekte tekeninge probeer word. Hierdie tekeninge mag minder intimiderend vir die kind voorkom. Selfs tydskrifprente en koerantuitknipsels kan gebruik word om die persone betrokke by die molestering, aan te dui.

'n Voorbeeld van anatomies korrekte poppe (Goldstein 1987:232).



Figuur 2

Inkleurboeke

Inkleurboeke is 'n baie bruikbare meduim. Inkleurboeke wat deur verskillende instansies byvoorbeeld gebruik word om kinders weerbaar te maak teen moontlike seksuele molestering, is veral baie nuttig.

Die kind kan inkleur of teken in die boek terwyl die terapeut en die ouers gesels. Hierna kan die terapeut die figure gebruik om te gesels oor die molestering wat plaasgevind het.

Indien daar 'n storie lyn is, kan die kind of die terapeut dit lees en verskillende aspekte hierin kan dan gebruik word as aanknopingspunt tot die molestering.

Pophuis

van stads

Pophuise leen hulle tot die konstruering van die situasie waar die molestering plaasgevind het, sonder om terug te keer na die werklike omgewing.

Wanneer die onderhoud afgesluit word is dit belangrik om die kind goed te laat voel oor die onthulling van die geheim en die detail daarom. Prys die kind dat hy oor die gebeure gepraat het en sê dat julle beslis weer sal gesels. Die kind moet weereens veilig voel voordat die onderhoud gestaak word.

4.3.9 Rollespel

Kinders kommunikeer op hulle beste as hulle kan wys wat gebeur het. Die gebruik van poppe, handpoppe en speelgoed kan nuttig gebruik word tydens rollespel. Die terapeut moet egter van die begin die kind duidelik laat verstaan dat dit 'n speletjie is waarin die kind speel wat regtig gebeur het.

Die voordeel van rollespel is dat dit die kind help om van die skuldgevoelens ontslae te raak deurdat die kind van die skuldgevoelens verplaas op die karakter tydens die verhaal. Van die skuldgevoelens wat die kind op haarself geplaas het, word nou verplaas na die pop of handpop.

Verskillende tegnieke kan tydens rollespel gebruik word soos om te verduidelik wat presies gebeur het tydens die seksuele molestering. 'n Ander tegniek is om die rolle om te keer en die kind kan dan die rol van die oortreder speel en die terapeut - as slagoffer- wys wat om te doen.

Die probleem met handpoppe, poppe en ander speelgoed, is dat hulle drie-dimensioneel is en te na aan die realiteit kan kom. Daarom is dit vir sommige kinders moeilik om van hierdie materiaal gebruik te maak. Ander media kan ook tydens rollespel gebruik word.

'n Ander tegniek is om tydens rollespel die oortreder te konfronteer. Die kind konfronteer dan die oortreder (wat die terapeut is). Die oortreder kan die molestering ontken en die kind se reaksie hierop kan verken word. Na so 'n sessie moet die kind beslis tot bedaring gelei word met 'n bespreking van wat met die oortreder gaan gebeur. Hierdie metode werk die beste met skoolgaande kinders.

Rollespel bied die voordeel dat "skote in die donker" gewaag kan word en wanneer die kind positief daarop reageer, kan dit verder verken word. Daar moet egter gewaak word teen vrae wat die kind kan lei tot 'n spesifieke antwoord (Goldstein 1987:226-228).

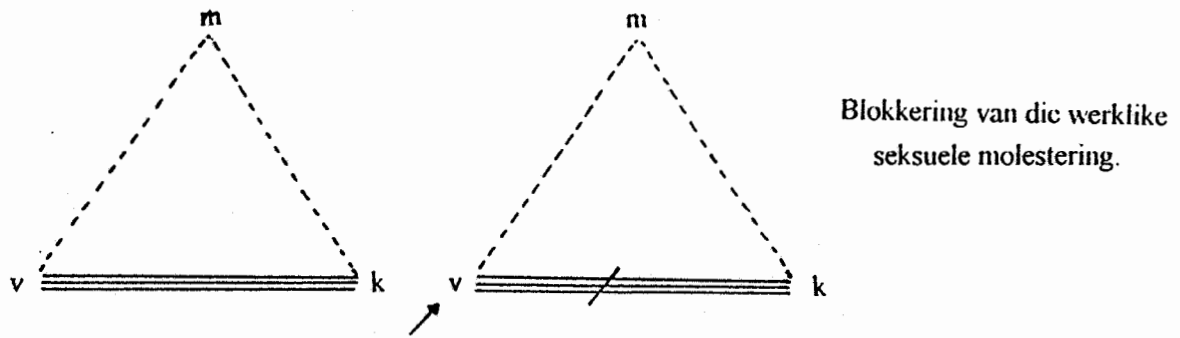
4.3.10 Gesinsterapie

Wanneer 'n terapeut met 'n geval van seksuele molestering werk, word hy deel van die familie se "geheim". Deur met die gesin as 'n eenheid te werk, kan die verhoudinge in die gesin verander word sonder om die oortreder te straf of die kind te isoleer.

Gesinsterapie kan nie as die enigste terapeutiese tegniek in 'n geval van seksuele molestering gebruik word nie. Gesinsterapie kan slegs suksesvol wees as daar ondersteuning van die geregtelike- en statutêre elemente is.

Die volgende sewe doelwitte kan, volgens Furniss (1991:123), tydens gesinsterapie gebruik word:

4.3.10.1 *Blokkering van verdere seksuele molestering*



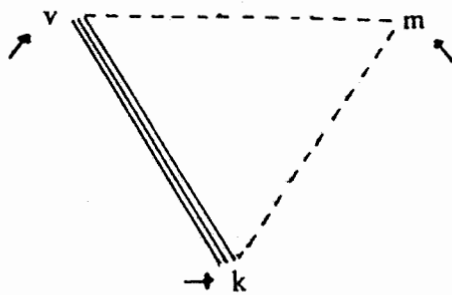
(Furniss 1991:123).

*m = moeder, v = vader, k = kind.

Diagram 1

Die eerste stap is om te verseker dat die kind nie aan verdere seksuele molestering blootgestel word nie. Tydens hierdie stap moet terapeute en geregtelike persone saamwerk om hierdie doel te bereik.

4.3.10.2 *Om die werklike feite van die seksuele molestering as gesinsrealiteit te vestig*



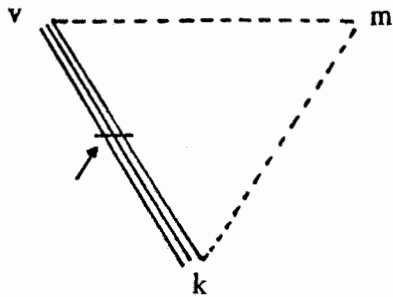
Om die feite vas te stel en om die seksuele molestering as 'n gesinsrealiteit te vestig.

(Furniss 1991:123).

Diagram 2

Dit is nodig dat die seksuele molestering as 'n feit aanvaar word en dat die feitlikhede wat daarmee gepaard gaan, aan die lig gebring word. Hierdeur word die kind en ouers gehelp om die seksuele molestering in korrekte terme uit te druk. Die gesin verkry hierdeur 'n "lisensie" om sonder verdraaiings die feite openlik en direk oor te dra en bekend te maak.

4.3.10.3 Ouerlike verantwoordelikheid vir die seksuele molestering.



Die pa neem alleen verantwoordelikheid vir die seksuele molestering.

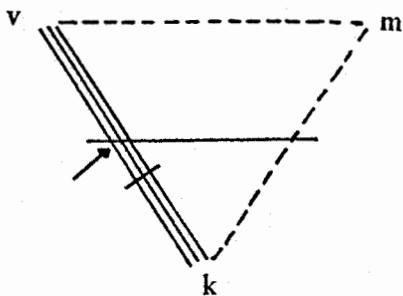
Hy beweeg in die ouerlike rol in.

(Furniss 1991:123).

Diagram 3

Die oortreder moet volle en alleenverantwoordelikheid vir die seksuele molestering aanvaar. Sodra die oortreder dit regkry, word hy weer die vader van die kind en beweeg hy in sy ouerlike rol in. Die kind op haar beurt beweeg weer van 'n pseudo-vennoot na haar egte posisie as kind.

4.3.10.4 Ouerlike verantwoordelikheid vir algemene versorging.



Albei ouers neem gelyke verantwoordelikheid vir die versorging van die kind.

Intergenerasiegrense.

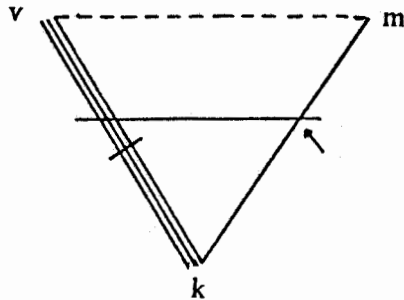
(Furniss 1991:123).

Diagram 4

Dit is belangrik dat beide ouers deel vorm van die gesinsterapie (al is hulle byvoorbeeld geskei). Alhoewel die oortreder alleen verantwoordelik vir die seksuele molestering is, is beide ouers verantwoordelik vir die algemene versorging van hulle kinders. Die vader kan dalk tydelik die huis verlaat om sodoende aan die kind veiligheid te verskaf, terwyl die moeder nie onmiddellik reëlins vir 'n egskeiding sal tref nie. Sodoende gee hulle aan die

kind die geleentheid om die seksuele molestering te verwerk sonder bykomende verwarrende en traumatiese gebeure.

4.3.10.5 *Werk aan die moeder-dogterverhouding.*



Werk aan die moeder-dogterverhouding ten opsigte van:

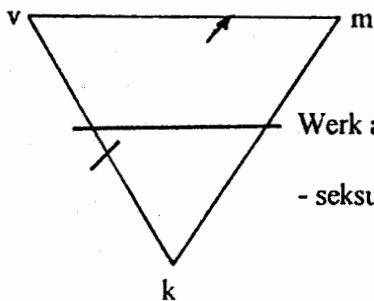
- die emosionele steungewing deur die moeder
- die kind se teleurstelling
- wedywing/mededinging

(Furniss 1991:123).

Diagram 5

Dit is belangrik om aan die moeder-dogterverhouding te werk, omdat dit terapieë sowel as voorkomend kan wees. Die doel is om die moeder emosioneel sentraal daar te stel en ook as die beskermende figuur, sou seksuele molestering weer voorkom.

4.3.10.6 *Werk aan die ouers as vennote.*



Werk aan die emosioneel-seksuele huwelikskonflik ten opsigte van:

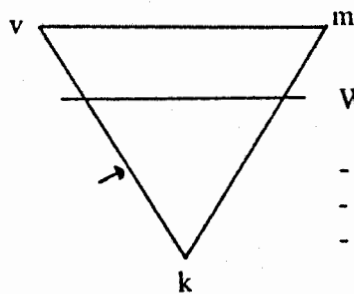
- seksuele konflik teenoor emosionele onvolwassenheid en afhanklikheid

(Furniss 1991:123).

Diagram 6

Tydens hierdie fase kan aan die probleme tussen man en vrou gewerk word. Die verskil in hulle emosionele en seksuele verwagtinge van mekaar vorm die sentrale punt.

4.3.10.7 *Werk aan die vader-kind verhouding.*



Werk aan die verhouding tussen vader en dogter ten opsigte van:

- die kind se gevoelens van haat en liefde teenoor die vader
- die vader se jaloesie teenoor die dogter se vriende
- ouerlike emosionele versorging

(Furniss 1991:123).

Diagram 7

Nadat daar aan die vorige twee verhoudings gewerk is, is dit baie makliker om hierdie verhouding aan te spreek. Die kind mag aanvanklik baie haat en aggressie teenoor die oortreder koester, maar daar is altyd 'n band tussen die ouer en die kind wat nie weggeredeneer kan word nie.

As die kind instaat is om haar verhouding van vertroue met haar pa te herbou, sal dit ook positief wees vir haar latere huweliksverhouding.

Tydens gesinsterapie moet die terapeut versigtig wees om nie die grense van "geheimhouding" te versterk deur deel te word daarvan nie.

Indien ander professionele persone deel vorm van die span, moet die gesinsterapeut hulle altyd as sodanig inkorporeer en nie deel maak van die gesin nie.

Die geregtelike en statutêre instansies asook kinderswelsyn moet saam met die gesinsterapeut werk om sukses te bereik, anders word daar anti-terapeuties te werk gegaan (Furniss 1991:114-123).

4.3.11 Die storie van die ander kind



Figuur 3

Furniss (1991:183-188) beskryf die gebruik van "Die storie van die ander kind" in terapie met seksueel-molesteerde kinders as volg: "Ek sien jy kan nie so goed konsentreer vandag nie. Ek dink weer aan wat 'n sekere dogtertjie 'n rukkie gelede aan my vertel het."

Hier moet die terapeut nou die idee van die storie begin oordra. Tog moet die kind die storie beleef as iets wat van die terapeut af kom en niks met haar te doen het nie. Die kind moet nie gespanne raak en dink dat dit haar storie is nie. Die terapeut moet ook geen van sy idees in haar "oorplant" nie. Indien dit lyk of die storie die kind te veel raak, herhaal dat dit 'n storie van iemand anders is en dat dit niks met die kind te doen het nie. Die storie word 'n metafoor waarmee daar met die kind gekommunikeer word oor ang, geheimhouding en dreigemente. Die storie dien as terapeutiese toestemming om te mag praat oor wat met haar gebeur het.

Deurentyd sal die "ander kind" in die derde persoonsvorm gebruik word. "Jy praat, en hierdie dogtertjie wóú my iets vertel, maar was nie seker of sy moet praat nie. Sy was bang en het gevoel sy mag nie die geheim onthul nie. Sy was ook bang dat as sy my van haar probleem vertel, ek haar nie sou glo nie. Sy was ook bang dat iets vreesliks met haar en haar mamma sal gebeur. Sy

was net te bang om te praat. Ek was so deurmekaar, want ek kon nie verstaan wat fout was met haar nie. Eindelik het sy my begin vertel van iemand wat aan haar gevat het, nie net aan haar hande en gesig nie, maar ook aan haar privaatdele." Die kind kan nou gevra word na wat sy die vroulike en manlike geslagsorgane noem en dit deel maak van die storie. Die kind moet goed waargeneem word en as sy bang lyk, moet gesê word dat die ander kind ook baie bang was. Die terapeut moet probeer om die kind se gevoelens in die storie te spieëlbeeld. Uiteindelik kan aan die kind vertel word dat die ander kind drie maande lank gesukkel het om die terapeut te vertel. Die storie moet die ontwikkelingsvlak van die kind in ag neem. Die kind moet ook nie geforseerd voel om haar storie te vertel nie.

Wanneer die storie vertel word, word die volgende boodskappe oorgedra:

- 1 Ons weet dat jy moontlik seksueel gemolesteer is of word.
- 2 Ons weet van jou vrese en angs om te onthul wat gebeur het.
- 3 Ons mag sonder enige struikelblokke oor seksuele probleme praat.
- 4 Dat jy ons nie vertrou nie en moontlik goeie rede het daarvoor.
- 5 Dat jy bang is om te praat en dat dit tyd sal neem.
- 6 Dat ons nie "nee" vir 'n antwoord gaan aanvaar nie, omdat ons weet hoe moeilik dit is om met hierdie inligting in jou binneste rond te loop.
- 7 Om aan die kind die boodskap oor te dra dat sy op haar eie tyd mag vertel wat aangaan, maar dat ons nie daarvan sal vergeet nie.

Om suksesvol te wees, moet die terapeut:

- 1 werklik oopgestel wees vir die aanwesigheid of afwesigheid van seksuele molestering;
- 2 die storie as 'n metafoor kan gebruik sonder om dit te vermeng met die werklikheid;
- 3 tydens die vertelling die kind se reaksies op die storie te kan waarneem en daarop kan reageer;

- 4 op 'n verbale en 'n nie-verbale wyse op die kind se ontwikkelingsvlak met hom/haar kan kommunikeer;
- 5 kan beweeg vanaf die metafoor na die feitlike insameling van inligting wanneer die kind oopmaak en haar storie begin vertel.

Films, prente en skryf van "my slegste nagmerrie" kan as hulpmiddels gebruik word.

Wanneer die storie vertel word, moet die terapeut altyd daarop bedag wees om nie idees in die kind se kop te plaas nie. Tydens die vertelling word daar aan die kind terapeutiese toestemming gegee om tot onthulling oor te gaan. Die terapeut moet beseef dat die kind op haar eie tyd tot onthulling sal oorgaan en al gebeur dit nie, kan die storie groot terapeutiese effek op die kind hê deurdat iemand seksuele molesting genoem het, daaroor gepraat het en geglo is. Hierdeur kan sy dalk self deur haar emosies en kognitiewe verwarring kom.

4.3.12 Die gebruik van anatomies korrekte poppe

Anatomies korrekte poppe is nie die antwoord, waarna alle professionele persone soek, om seksuele molesting mee op te los nie. Slegs 'n baie ervare persoon wat reeds baie ondervinding het ten opsigte van seksuele molesting, kan dit suksesvol gebruik.

Spesifieke aspekte by die gebruik van anatomies korrekte poppe wat volgens Furniss (1991:209) belangrik is, is die volgende:

- 1 Die poppe is nie die sentrale element van die onderhoud reg van die begin af nie. Die poppe moet deel vorm van die ander speelateriaal wat tot die kind se beskikking is.
- 2 Die gebruik van die poppe moet deel uitmaak van die geheel in die volwassene-kind verhouding gedurende die sessie. Die kind moet 'n vertrouensverhouding stig met die terapeut gedurende 'n vooraf vryspelperiode.

- 3 Die terapeut moet nie die poppe self hanteer nie. Die kind moet self tyd gegun word om die poppe te verken en om hulle op haar eie tyd te ontklee.

Die volgende sewe stappe moet gevolg word wanneer die poppe gebruik word (Furniss 1991:209-213):

- 1 Almal wat deel vorm van die onthullingsonderhoud moet goed voorberei wees sodat die eksplisiete terme en onthulling hulle nie skok nie. Dit kan die kind só bang maak dat sy ophou praat.
- 2 Vryspel in die begin van die sessie is nodig om die kind emosioneel gereed te kry.
- 3 Daar moet gewag word vir die kind se spontane of begeleide ontdekking van die poppe.
- 4 Die seksueel-gemolesteerde diagnose begin sodra die kind die poppe ontdek het.
- 5 Die terapeut begin haar aktiewe verkenning en evaluasie met haar respons tot die kind se ontdekking van die poppe. Die kind gee die leiding en spesifieke leidrade vanuit haarself.
- 6 Die terapeut moet seksuele woordeskat en terme bekendstel sodra die kind die geslagsorgane ontdek en daarop reageer.
- 7 Enige teken van ang en onttrekking moet onmiddellik hanteer word. Die kind moet op 'n nie-stresvolle wyse gelei word om angsvolle gebeure te verken.

Die onderhoud begin deur te gesels oor alledaagse dinge om op so 'n wyse met die kind kontak te maak. Die poppe is in 'n kas en die kind het vrye toegang daartoe.

Sodra die kind die poppe ontdek, begin die terapeutiese onderhoud. Die kind moet toegelaat word om vrylik met die poppe te speel en hulle te ontklee. Die kind se eerste reaksie wanneer sy die geslagsorgane sien, is van groot diagnostiese waarde.

Daar mag selfs meer as een sessie nodig wees voordat die kind tot onthulling oorgaan. Anatomies korrekte poppe kan 'n groot hulpmiddel wees, maar moet altyd slegs 'n hulpmiddel binne konteks bly (Furniss 1991:213).

4.3.13 Hipnose

Volgens Sketsky & Green (1988:78) word hipnose wel deur professionele persone gebruik in die hantering van seksuele molestering. Die onthullings wat hierdeur ontstaan, is egter nie in die hof geldig nie, omdat die hipnoterapeut suggesties daar kan stel of kontaminasie van die inligting kan veroorsaak.

Shapiro (1987:ix-x) maak ook melding van hipno-speltherapie met volwassenes wat as kinders seksueel gemolesteer is, waar die volwassene terug gevat word na 'n spesifieke ouderdom en waar daar met die volwassene gespeel word op die niveau wat sy dan as kind herleef. Deur speltherapie word daar dan gepoog om fundamentele aspekte wat deel van haar lewe gevorm het as seksueel-gemolesteerde kind, te verander sodat hierdie aspekte dan deel vorm van haar normale seksuele ontwikkeling.

4.3.14 Speltherapie

Nie-direktiewe speltherapie beklemtoon dat spel opsigself 'n helende proses is. Dit gee die kind die geleentheid om haar gevoelens en probleme uit te spel, asook om van haarself te leer in die verhouding tussen haar en die terapeut in 'n veilige omgewing. Die kind word sonder druk of vooroordeel die geleentheid gegun om haar spanning, frustrasie, onveiligheid, aggressie, angs en verwaring uit te spel (Cattanach 1992:39-40).

Spel as deel van 'n gesond-word-proses bestaan uit vier komponente:

- 1 Spel as 'n wyse waarop die kind haar eie wêreld leer ken, staan sentraal.
- 2 Spel is 'n ontwikkelingsproses en gedurende terapie beweeg die kind vorentoe en agtertoe oor die kontinuum van ontwikkeling as 'n wyse om te individualiseer en te onderskei.

- 3 Spel is 'n simboliese proses waardeur die kind kan eksperimenteer met verbeeldingryke keuses wat nie verband hou met realiteit nie.
- 4 Spel vind plaas binne 'n terapeutiese omgewing. Omgang waar binne hy kan definieer "ek" en "nie ek nie", die plek waar kreatiewe lewe begin (Cattanach 1992:41).

Speltherapie met jong kinders bestaan daaruit om dit wat met hulle gebeur het, te verstaan op 'n ontwikkelingsvlak wat by die kind se ouderdom pas. Die kind het direkte inligting ook nodig om te verstaan wat met hom of haar gebeur het. Soos byvoorbeeld wat is die grense van hulle eie liggame, wat is "goeie" of "slegte" aanraking en hoe om iemand daarvan te vertel. Hierdie temas kan ook in die speltherapie ingesluit word (Cattanach 1992:125-131).

Speltherapie is volgens Eriksen (Sketsky & Green 1988:200-202) een van die natuurlikste terapieë ten opsigte van kinders. Seksueel-gemolesteerde kinders herkonstrueer soms deur herhaalde spel die hele trauma.

Tog is hierdie tipe spel nie noodwendig altyd terapeuties nie, omdat die kind nie werklik sy vrese en pyn verlig nie. Terr (Sketsky & Green 1988:200) spekuleer dat die rede hiervoor is dat die kind nie met die oortreder kan identifiseer nie, omdat die oortreder so kwaadaardig en boosaardig is. Die kind kan ook nie volledig met die slagoffer identifiseer nie, omdat sy daarvan wegskram om weer deur die trauma te gaan.

Die kind is só vasgevang in haarself dat sy haarself nie emosioneel van die situasie kan distansieer nie. Angs word weer gegenereer in plaas daarvan om die kind te kalmeer. Tog kan die terapeut die kind deur speltherapie help om haar gevoelens te verstaan en deur te werk. Dit is dus nodig om speltherapie kontinu te evalueer om vas te stel of dit tot voordeel van die kind verloop of nie.

4.3.15 Mensmodellering

Mensmodellering is 'n psigoterapeutiese metode wat in 1969 deur Coetzee bekend gestel is. Dit behels 'n kreatiewe proses waar die kind gevra word om 'n mens te maak. Die mens moet oor 'n eie identiteit, lewenservaring, probleme en toekomsverwagtinge beskik. Die "gemaakte mens" is volgens Coetzee (Veldman 1992:11) gewoonlik 'n tasbare figuur wat as die gemodelleerde persoon bekend staan. Die "mens" word uit niks "gemaak", maar vanuit die puber se eie ervaring. Die gemodelleerde persoon word as 'n werklike persoon beskou wat deur die terapeut geëvalueer en behandel word. Die gevisualiseerde gemodelleerde persoon word ook skriftelik en verbaal deur die kind aan die terapeut voorgestel. Verder gesels die terapeut met die kind oor die "mens" wat hy gemaak het en word die "mens" deel van die kind se leefwêreld (Veldman 1992:13).

Die proses van die mensmodellering bestaan volgens Coetzee (Veldman 1992:60) uit verskillende fases:

FASE I

Instruksies aan die kind om 'n mens te maak.

"Ek wil graag hê dat jy vir my 'n mens maak. Jy beskik oor die mag om enige mens te maak, ongeag watter tipe mens dit sal wees, solank die persoon net 'n egte mens kan wees en solank jy nie doelbewus enige elemente, kwaliteite of omstandighede van enige werklike of denkbeeldige persoon, byvoorbeeld James Bond of Sherlock Holmes, gebruik nie. Jy besluit self oor die naam, ouderdom, geslag, beroep, sosiale agtergrond en alle persoonlike data van hierdie mens. Hierdie mens moet oor 'n eie identiteit, eie lewensondervindinge, eie probleme, 'n verlede en moontlike toekomsverwagtinge beskik. Jy moet jouself heeltemal vry voel om die mens volgens jou eie smaak en voorkeure te maak, net soos wat jy wil, solank die persoon net altyd 'n egte mens bly. Hierdie persoon wat ek jou vra om te skep moet op twee wyses voorgestel word, naamlik op 'n visuele vlak sowel as in die geskrewe woord."

Die gemodelleerde mens kan van enige materiaal gemaak word, byvoorbeeld klei, seep, papier mâche, spykers, hout, yster, vilt, borduurwerk of enige kombinasie van materiale. Enige iets is toelaatbaar, solank die "mens" wat gemaak word, net altyd 'n egte mens bly.

"Jy moet ook al die besonderhede van die mens wat jy maak vir my neerskryf - die mens se psige, as't ware - en daarna hierdie persoon aan my bekend stel tesame met die visuele voorstelling van die mens. Jy moet dus alles self doen en hierdie mens uit die niet bou, sonder enige hulp van enige iemand anders, en sonder om hierdie mens met andere te bespreek alvorens jy die mens aan my voorgestel het en ons die hele aangeleentheid afgehandel het " (Veldman 1992:61).

Die gemodelleerde persoon word dan verbaal aan die terapeut voorgestel. Die terapeut kan vrae vra om die "mens" beter te leer ken.

FASE II

Volgens Veldman (1992:61) neem die kind dan die identiteit van die gemodelleerde persoon aan. Die kind plaas homself in die rol van die gemodelleerde persoon. Hy identifiseer met die omstandighede, probleme, agtergrond en identiteit van die gemodelleerde persoon. Benewens die feit dat die kliënt moet dink en voel soos sy mens, moet hy ook so optree. Hy word dus in die identiteit van die gemodelleerde persoon gesteun om sy probleme op realistiese wyse op te los. Voor die beëindiging van die sessie moet die kliënt na sy ware identiteit terugkeer.

Indien nodig word fase een en twee herhaal totdat die terapeutiese ingryping suksesvol was.

Dit blyk dat die kind nie net die gemodelleerde persoon se bestaan nie, maar ook sy eie bestaan aan die terapeut blootstel. Die eindproduk is 'n "selfekspresie" van die persoon. Die kind beskik oor keusevryheid ten opsigte van elke dimensie wat in die gemodelleerde persoon ingebou word, byvoorbeeld die media, liggaamsbou, persoonlikheidstrekke en aspekte van sy leefwêreld. Elkeen van hierdie elemente kan op sigself 'n projeksie wees (Veldman 1992:65).

4.4 SINTESE

In hierdie hoofstuk is verskillende terapeutiese tegnieke bespreek sodat terapeute bewus kan wees van die verskeidenheid terapeutiese tegnieke wat beskikbaar is. Daar is ook ander terapeutiese tegnieke wat in sekere bronne genoem is, maar wat nie beskryf word in die beskikbare literatuur nie. Dit dui daarop dat daar nog heelwat ander terapeutiese tegnieke bestaan en dat die terapeut wat hom verwyd met navorsing oor seksuele molestering, praktiese ervaring en kreatiwiteit aan die dag moet lê om op hoogte te bly van al die beskikbare terapeutiese tegnieke, sodat die mees geskikte terapeutiese tegniek vir 'n spesifieke geval gekies kan word.

In hoofstuk vyf word daar oorgegaan tot die bespreking van die navorsingsontwerp vir die empiriese studie.

HOOFSTUK 5

NAVORSINGSONTWERP

5.1 INLEIDING

Die verskillende aspekte wat in hoofstukke een, twee, drie en vier bespreek is, dien as teoretiese raamwerk vir die empiriese studie van hierdie verhandeling.

In hoofstuk twee is seksuele molestering as fenomeen bespreek.

In hoofstuk drie is die leefwêreld van die kind wat nie seksueel gemolesteer is nie met die leefwêreld van die seksueel-gemolesteerde kind vergelyk. Hierdie vergelyking is aan die hand van die sielkundig-opvoedkundige kategorieë gedoen.

In hoofstuk vier is terapeutiese tegnieke vir die hantering van seksuele molestering bespreek.

Hier word dus vervolgens oorgegaan tot die bespreking van die navorsingsontwerp vir die empiriese studie.

5.2 DIE DOEL VAN DIE EMPIRIESE STUDIE

Soos genoem in paragraaf 1.4.2 word die studie beperk tot die Witbank omgewing. Die doel van die empiriese studie is:

- 1 om die aanmeldingsprosedures van seksuele molestering krities te beskou.
- 2 die identifisering van professionele persone en instansies gemoeid met seksuele molestering en interinstansie samewerking.
- 3 die bepaling van kriteria wat gebruik word om 'n seksueel-gemolesteerde kind na ander professionele persone en instansies te verwys.
- 4 die bepaling van ingrypings- en terapeutiese tegnieke en die doelwitte daarvan, vir gebruik deur verskillende professionele persone en instansies.

- 5 om die professionele persone en instansies se houding oor wetgewing in verband met seksuele molestering te ondersoek.
- 6 om die houding en hanteringswyses van verskillende professionele persone en instansies en die invloed daarvan op die effektiewe hantering van die kliënt se geval te bepaal.

5.3 DIE NAVORSINGSMETODE

Die empiriese studie het ten doel om ondersoek in te stel na die hantering van seksuele molestering. Vir hierdie doel word die idiografiese navorsingsmetode gevolg. Hierdie metode is van waarde omdat die unieke eie aard van elke individuele geval in ag geneem word en daaruit 'n struktuur van riglyne en algemeen geldende tegnieke daargestel kan word.

5.4 DIE SELEKTERING VAN PROEFPERSONE

Daar is gepoog om soveel moontlike professies en instansies in Witbank, wat gemoeid is met die hantering van seksueel-gemolesteerde kinders, by die navorsing te betrek.

Die instansies is genader om proefpersone te identifiseer wat ondervinding ten opsigte van seksuele molestering met kinders het.

Proefpersone is telefonies gekontak en afsprake is gereël.

5.5 MEDIA WAT INGESKAKEL IS

Die volgende media is in die ondersoek gebruik:

- * 'n Vraelys.
- * 'n Gestruktureerde onderhoud.

In hierdie empiriese studie word daar van 'n vraelys gebruik gemaak om struktuur en rigting aan die persoonlike onderhoud te gee. Hierdie vraelys verskil van die tradisionele vraelys wat aan 'n steekproef gestuur word, in dié sin dat die vraelys

nie deur die proefpersone ingevul word nie, maar deur die navorser gebruik word as riglyn by die persoonlike onderhoud (Burger 1992:154).

Die vraelys laat ruimte vir elke individu se eie verwysingsraamwerk asook die uniekheid van elke geval waarmee daar gewerk is.

Die voordele is dat die proefpersoon sy eie opvattinge en ondervinding kan openbaar. Redes vir spesifieke response kan ook gegee word.

Die nadeel hiervan is egter dat dit moeilik is om te interpreteer en in 'n navorsingsverslag op te som. Tog blyk dit die mees geskikte wyse te wees om hierdie vraelyste te hanteer.

Die persoonlike onderhoude bied die unieke voordele dat vrae herhaal kan word en dat vrae verduidelik kan word om meer inligting in te win wat andersins nie moontlik sou wees nie (Burger 1992:154).

5.6 WERKSWYSE WAT GEVOLG IS:

Nadat die proefpersone telefonies ingestem het om deel te neem aan die ondersoek, is besluit op 'n tyd en datum vir die onderhoude.

By die aanvang van elke onderhoud is die proefpersoon ingelig oor die doel van die ondersoek en is toestemming gevra om die onderhoud op band op te neem.

Die vraelys is nie altyd puntsgewys behandel nie, sodat die proefpersone die geleentheid kon kry om vrylik oor die vrae te gesels. Inligting wat relevant was by ander vrae, is nie herhaal nie, slegs oorgedra na die betrokke vraag.

Die onderhoude is na die tyd getranskribeer.

5.7 INTERPRETASIE VAN DIE RESULTATE

Die gegewens word kwalitatief geïnterpreteer en in tabelvorm aangebied. Waar van toepassing, word gegewens met praktiese voorbeelde toegelig.

5.8 VRAELYS

Die vraelys is in sewe komponente verdeel. Elke komponent bestaan uit 'n aantal vrae. Sien bylae A vir die volledige vraelys.

'n Beknopte uiteensetting van die vraelys word vervolgens aangebied.

- Komponent 1: Agtergrondgegewens.
- Komponent 2: Aanmelding van seksuele molestering.
- Komponent 3: Professions en instansies wat met seksuele molestering gemoeid is.
- Komponent 4: Verwysings.
- Komponent 5: Ingrypings- en terapeutiese tegnieke.
- Komponent 6: Wetgewing en die uitvoering daarvan.
- Komponent 7: Houdinge en hanteringswyses van seksuele molestering.

5.9 SINTESE

In hierdie hoofstuk is die navorsingsontwerp vir die empiriese studie uiteengesit. Daar is aandag gegee aan die doel, die hipoteses, die navorsingsmetode, die wyse waarop proefpersone geselekteer is, die media wat ingeskakel is en die wyse van interpretasie van die gegewens. 'n Uiteensetting van die temas in die vraelys is ook aangebied.

In die volgende hoofstuk word die resultate van die empiriese studie ontleed en beskryf.

HOOFSTUK 6

EMPIRIESE STUDIE

6.1 INLEIDING

Na die bespreking van die navorsingsontwerp vir die empiriese studie in hoofstuk vyf, kan daar nou oorgegaan word tot die ontleding van die resultate.

6.2 ONTLEDING VAN DIE RESULTATE

Die gegewens word in tabelvorm aangebied. In tabel 7 word die agtergrondgegewens aangebied (komponent 1) waarna die tabel beskryf en bespreek word. So ook word die gegewens van komponente 2 - 7 in tabelvorm aangebied onder die volgende opskrifte: "Resultate van die empiriese ondersoek" en "Voorlopige afleidings".

6.2.1 Komponent 1 : Agtergrondgegewens

Tabel 7

Agtergrondgegewens

INSTANSIE/ PROFESSIE	V / M	JARE ONDERVINDING	AANMELDINGS PER JAAR	GEVOEL OOR EIE BEVOEGDHEID
Medies				
1	M	15	3-4	Swak
2	M	9	3-4	Swak
Pastorale				
3	M	45	3-4	Swak
4	M	20	4-5	Gemiddeld
Onderwys				
5	V	6	2	Swak
6	V	5	2	Gemiddeld
Kliniese sielkundiges				
7	V	20	5	Goed
8	V	5	5-6	Gemiddeld
Opvoedkundige sielkundiges				
9	V	3	36	Swak-Gemiddeld
10	V	3	30	Goed
Maatskaplik				
11	V	6	80-120	Goed
12	V	12	70	Goed
SA Polisie				
13	V	3	60-70	Gemiddeld
14	V	3	70	Swak
Hospitaal susters				
15	V	30	0	Swak
16	V	10	1	Swak

Bespreking van Tabel 7 - Agtergrondgegevens

**RESULTATE VAN DIE
EMPIRIESE ONDERSOEK**

VOORLOPIGE AFLEIDINGS

Praktiese ervaring teenoor gemiddelde aanmeldingsgevalle per jaar

Sewe proefpersone met meer as 9 jaar ondervinding op die gebied evalueer hulle eie bevoegdheid om gevalle van seksuele molestering te hanteer tussen swak tot gemiddeld, terwyl drie van die proefpersone met onderskeidelik 3-, 6- en 12-jaar ondervinding, maar met 'n groot aantal aanmeldings per jaar, hulle bevoegdheid as goed evalueer. Hoe laer die aantal aanmeldings per jaar, hoe laer die proefpersoon se bevoegdheid.

Dit blyk asof jare ondervinding asook opleiding nie ekwivalent is aan die positiewe evaluering van bevoegdheid nie. Praktiese ondervinding ten opsigte van 'n groot aantal gevalle bring 'n bevoegdheidsgevoel.

Minder praktiese ervaring bring mee dat die proefpersone hulleself ook as minder bevoegd evalueer.

Aanmeldings

Die hospitale het in die afgelope jaar geen amptelike aanmeldings gehad nie.

Persone verbonde aan hospitale meld dat hulle bang is vir vervolging deur die familie van die kind en vermy amptelike aanmeldings. Alle gevalle word dadelik verwys.

6.2.2 Komponent 2 : Aanmelding van seksuele molestering

RESULTATE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

VOORLOPIGE AFLEIDINGS

Definiëring van seksuele molestering:

Veertien van die proefpersone lê baie klem op fisiese molestering, terwyl beide maatskaplike werkers die definisie uitbrei na pornografie, suggesties en inspeksies van geslagsdele deur ouers op 'n herhaalde basis.

Die proefpersone se blootstelling aan die aantal gevalle van seksuele molestering beïnvloed hulle definiëring van seksuele molestering. Hoe minder die blootstelling, hoe meer klem word gelê op fisiese seksuele molestering, terwyl meer blootstelling 'n wyer definisie van die seksuele molestering tot gevolg het.

Eerste reaksie en optrede na die aanmelding van 'n geval van seksuele molestering

Medici:

Die privaatpraktisyn wou vasstel wat die kind se fisiese en geestelike toestand is en wou toesien dat die kind veilig is.

Die distriksgeneesheer het hom slegs bepaal by die fisiese toestand van die kind.

Die privaatpraktisyn is ook oor die geestelike toestand en veiligheid van sy pasiënt besorg.

Die distriksgeneesheer hanteer 'n groot aantal pasiënte wat hy nie noodwendig weer sal sien nie en dit verminder sy persoonlike pligsgevoel teenoor hierdie pasiënte.

Predikante

Beide proefpersone wou onmiddellik optree en 'n onderhoud met die kind voer om sodoende verligting aan die kind se gemoed te verskaf.

Hulle is gemoeid met die psigiese lewe van die kind en konsentreer hoofsaaklik daarop.

Onderwysers

Beide proefpersone het die kind verseker dat hulle hom/haar glo. Daarna is die stappe wat sal volg aan die kind verduidelik sodat hy/sy kan weet wat wag. 'n Geheelbeeld met soveel detail as moontlik is deur onderhoudvoering van die kind verkry. Hierna is die Onderwysshulpsentrums vir verdere opvolging gekontak.

Die onderwysprofessie het baie spesifieke riglyne ten opsigte van die hantering van gevalle van seksuele molestering. Die response het duidelik daarvan getuig. Die saak is dan ook, soos voorgeskryf, aan die Onderwysshulpsentrums vir verdere evaluering, ondersteuning en terapie deurgegee.

Kliniese sielkundiges

Beide proefpersone wou onmiddellik 'n volledige historisiteitsbeeld sowel as 'n sielkundige evaluasie van die kind hê.

Die emosionele onderskraging en beveiliging van die kind blyk 'n ondergeskikte rol te speel. Inligtingversameling en verifiëring van die aantygings is vir hierdie persone van groter belang.

Opvoedkundige sielkundiges

Die beveiliging van die kind, die aanmelding van die geval by die welsyn/polisie en 'n volledige sielkundige evaluasie van die kind was vir beide belangrik.

'n Multi-professionele benadering tot elke geval is belangrik sodat verskeie aspekte van die seksuele molestering gelyktydig aandag kan geniet.

Maatskaplike werkers

Die kind moes op sy gemak gestel word en van skuld aan die daad onthef word. 'n Vertrouensverhouding waarin die kind se skuldgevoelens aangespreek word, is die eerste stap. Hierna word Hiena is soveel moontlike inligting relevante inligting oor die molestering versamel om te bepaal of die kind veilig ingesamel. Die veiligheid van die kind is of nie. Verdere optrede soos mediese word bepaal en daarna word mediese ondersoeke en sielkundige evaluering, en sielkundige evaluasies gedoen. word deur die tipe aanmelding bepaal.

Kinderbeskermingseenheid/SAP

Wanneer 'n aanmelding van seksuele molestering ontvang word, gaan hulle persoonlik te gaan besoek. Verifiëring onmiddellik uit na die kind en neem 'n van die outentisiteit. verklaring van die kind. Moontlike mediese ondersoek volg. Hiervolgens word bepaal of die aanmelding geldig of vals is. Hierdie persoon steun sterk op ondervinding en aanvoeling. Hierna word die kind na die distriksgeneesheer geneem.

Hospitale

Rapporteer die geval aan die welsyn. Die hospitale wil so min as moontlik met sulke gevalle te make hê uit vrees vir vervolging en plaas die verpligting en verantwoordelikheid so gou as moontlik op die welsyn.

Verpligte aanmeldings van seksuele molestering by die welsyn of die polisie

Tabel 8

Verpligte aanmeldings

Instansies	Polisie	TPA-kindersorg	Kindersorg	CMR	Sielkundiges	Alternatiewelik
Proef- persone Medies						
1	Soms		Meld alles aan by * WACC			
2	Onseker, maar dink die SAP.					Hanteer self gevalle
Pastoraal						
3	Moet mooi dink voordat dit aangemeld word.					
4	Het nog nooit nie		Meld soms hier aan			Hanteer self gevalle
Onderwys						
5	Soms, afhangend van	Soms, afhangend van	Soms			Onderwys hulp- sentrum
6	omstandighede	omstandighede.	Meestal			Onderwys hulp- sentrum
Kliniese sielkundige						
7	Soms, afhangend van omstandighede	Soms.	Soms	Soms		Hanteer self binne instansie
8	Byna nooit					Gebruik instansie se maatskaplike werker
Opvoed- kundige sielkundiges						
9	Soms		Meestal	Soms		
10	Soms		Meestal	Soms		
Maatskaplik						
11	Soms	Gereeld				Hanteer self
12	Soms	Altyd		Soms	Altyd	Hanteer self binne instansie
SAP						Onderwys hulp- sentrum
13	Altyd					
14	Altyd, tog uit- sonderings	Altyd	Altyd			
Hospitaal susters						
15					Altyd	
16		Altyd.	Altyd.	Soms	Soms	

* WACC - Witbank Action Committee for abused children

Bespreking van Tabel 8 - Verpligte aanmeldings

**RESULTATE VAN DIE
EMPIRIESE ONDERSOEK**

Die opvoedkundige sielkundiges,
maatskaplike werkers,
Kinderbeskermingseenheid en hospitale
meld meestal hulle gevalle van seksuele
molestering by die welsyn aan.

Dit is slegs die Kinderbeskermings-
eenheid wat voel dat gevalle van
seksuele molestering wel by die polisie
aangemeld moet word. Al die ander
proefpersone doen dit slegs in
uitsonderlike gevalle.

Van die ander proefpersone hanteer
self die gevalle en vermy verpligte
aanmeldings.

VOORLOPIGE AFLEIDINGS

Die welsyn is vir hierdie persone meer
aanvaarbaar ten opsigte van aanmelding
van seksuele molestering as die polisie.
Die proefpersone is skrikkerig vir die lê
van kriminele klagtes, omdat vervolging
deur die kind se gesin kan plaasvind.

Die polisie glo aan straf vir die
oortreder.

Van die gevalle word op meriete
beoordeel en die persone maak self die
afleiding of 'n saak aangemeld moet
word of nie. Sommige professionele
persone verkies om nie die gevalle van
seksuele molestering aan te meld nie as
gevolg van die tipe aanmelding wat
hulle kry: die kind is byvoorbeeld nie
in lewensgevaar nie en die molestering
het lank gelede reeds plaasgevind.

6.2.3 Komponent 3: Professions en instansies gemoeid met seksuele molestering

RESULTATE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

VOORLOPIGE AFLEIDINGS

Beskikbare professionele persone en instansies wat direk gemoeid is met aanmeldings van seksuele molestering

Die proefpersone het bykans almal die volgende instansies of professions genoem:

- SAP/Kinderbeskermingseenheid
- Kindersorg
- CMR
- Mediese dokters
- Sielkundiges
- Predikante

Die onderwysers het ook die Onderwys hulpsentrums wat sielkundiges het om die skole te bedien, genoem. Dit was dan ook hulle en die predikante wat ander organisasies soos "Childline", FAMSA, WACC en die Human Development Centre genoem het.

Die proefpersone stem saam met die gemeenskap se siening dat hierdie instansies en professionele persone gemoeid is met seksuele molestering.

Die onderwysers en predikante staan in 'n raadgewende hoedanigheid en verwys mense dus in noodsituasies na hierdie instansies.

Hantering van seksuele molestering en die vertroue wat instansies of professionele persone in ander instansies of professies openbaar.

Mediese dokters

Die distriksgeneesheer maak slegs van die welsynorganisasies gebruik. Die privaatpraktisyn verwys soms na sielkundiges om die pasiënt sy emosionele trauma te help hanteer.

Hulle maak slegs gebruik van die welsyn en sielkundiges.

Predikante

Beide verwys ván die aanmeldings, wat volgens hulle ernstiger van aard is, na Christen-sielkundiges vir emosionele verwerking van die trauma.

Die predikante verkies om self die aanmeldings van seksuele molestering te hanteer en verwys net soms na Christen-sielkundiges.

Onderwysers

Die onderwysers verwys altyd na die Onderwyshulpsentrums omdat dit prosedure is. Hulle vertrou ook Kindersorg en WACC (Witbank Action Committee for abused children).

Onderwysers hou by die prosedures soos voorgelê deur die Transvaalse Onderwys Departement.

Kliniese sielkundiges

Hulle hanteer sover as moontlik self gevalle. Hulle vertrou ook die Human Development Centre in Witbank, omdat daar 'n multi-professionele span beskikbaar is.

Kliniese sielkundiges hanteer self gevalle van seksuele molestering of verwys na 'n sentrum wat 'n geval van seksuele molestering intern op multi-professionele wyse kan hanteer. Moontlike interinstansie en professionele vertroue is swak.

Opvoedkundige sielkundiges

Beide die proefpersone voel sterk oor 'n multiprofessionele benadering tot seksuele molestering. Daarom betrek hulle die Welsyn, die distriksgeneesheer en indien dit nodig is, die Kinderbeskermingseenheid.

Goeie samewerking tussen instansies en professionele persone strek tot voordeel van die kind. Die kind se suksesvolle hantering van die trauma van seksuele molestering is die belangrikste.

Maatskaplike werkers

Onderlinge verwysings en samewerking tussen CMR, Kindersorg en die Staatswelsyn is 'n daaglikse gebeurde. Hulle steun sterk op mekaar. Soms maak hulle van predikante en die Onderwys hulpsentrum se sielkundiges gebruik.

Ondersteuningstrukture binne die welsynsorganisasies is goed en daarom werk hulle goed saam.

Kinderbeskermingseenheid

Beide proefpersone lê baie klem op die strafproses van die oortreder. Hulle hanteer baie van hulle gevalle deur middel van onderhoudvoering self. Soms gebruik hulle van die sielkundiges in die dorp en soms werk hulle saam met die welsyn. Hulle vertrou nie altyd die kwaliteit van samewerking met ander instansies nie.

Die polisie is baie geïsoleerd in hulle hantering van gevalle van seksuele molestering.

Die onderlinge vertroue is swak.

Hospitale

Hulle vertrou klaarblyklik al die instansies en professionele persone, maar hulle werklike ondervinding is uiters gebrekkig (verwys na tabel 1).

Die hospitale se ondervinding is te skraal om 'n realistiese gevolgtrekking te maak.

Effektiwiteit van die ondersteuningstrukture in Witbank

Twaalf van die proefpersone het gevoel dat daar nie genoegsame ondersteuningstrukture in Witbank is nie.

Die proefpersone voel dat daar meer ondersteuningstrukture in Witbank nodig is.

Twee van die proefpersone het gevoel dat hulle instansie bevredigend toegerus is ten opsigte van ondersteuning van en hantering van 'n geval van seksuele molestering.

6.2.4 Komponent 4: Verwysings

Kriteria vir die verwysing van gevalle van seksuele molestering na ander professionele persone en instansies

Tabel 9

Interinstansie verwysings

	Medies	Polisie	TPA/kinder-sorg	CMR	Sielkundige	Predikante	Alternatiewelik
Medies							
1			Altyd				
2					Altyd		
Pastoraal							
3	Gewoonlik			Soms	Soms		Hanteer dit self
4	Soms	Nooit	Soms		Soms		Hanteer dit self
Onderwys							
5			Gereeld		Altyd		Onderwyshulp-sentrum
6			Gereeld		Altyd		Onderwyshulp-sentrum
Kliniese Sielkundiges							
7	Gewoonlik	Min	Soms	Soms	Altyd		
8	Soms	Byna nooit					Gebruik instansie se maatskaplike werker
Opvoedkundige sielkundiges							
9	Soms	Soms	Gereeld	Soms			
10	Soms	Soms	Gereeld	Soms			
Maatskaplike werkers							
11	Gewoonlik	Soms, indien nodig	Altyd		Altyd	Altyd	Onderwyshulp-sentrum
12	Gewoonlik	Soms, indien nodig.	Altyd	Soms	Altyd		Onderwyshulp-sentrum
Polisie							
13	Gewoonlik	Altyd	Altyd	Soms	Soms	Soms	
14	Gewoonlik	Altyd	Altyd	Soms	Min		
Hospitale							
15					Altyd		
16	Gewoonlik	Altyd	Altyd		Soms	Childline FAMSA	

*Bespreking van Tabel 9 - Interinstansie verwysings***RESULTATE VAN EMPIRIESE
ONDERSOEK****VOORLOPIGE AFLEIDINGS****Medici**

Die distriksgeneesheer verwys altyd al die gevalle van seksuele molestering na die welsyn.

Die privaatpraktisyn voel dat alle slagoffers van seksuele molestering altyd vir emosionele steungewing na 'n sielkundige verwys moet word.

Verpligte aanmelding.

Emosionele welstand van pasiënt is belangrik.

Predikante

Hulle voel dat hulle terapie soms nie voldoende is vir die slagoffer nie en dan word hulle gewoonlik na 'n ander "Christen"-sielkundige verwys.

Verwys na iemand meer kundig op die terrein van terapie vir seksueel-gemolesteerde kinders.

Onderwysers

Onderwysers verwys altyd na die Onderwys hulpsentrum omdat dit die prosedure van die Transvaalse Onderwys Departement is.

Prosedure verwysing.

Nie opleiding om gevalle van seksuele molestering te hanteer nie.

Kliniese sielkundiges

Verwys selde na ander persone of instansies. Hulle voel dat die tipe seksuele molesteringsgevalle wat hulle kry, byna nooit verwysing noodsaak nie.

Voel kundig genoeg. Geslote terapie. Moontlike wantroue in ander ondersteuningstrukture wat gemoeid is met seksuele molestering of beskou sulke ondersteuning as onnodig.

Opvoedkundige sielkundiges

Elke saak word op meriete beoordeel en die verwysings wat noodsaaklik is vir die kind se hantering van die trauma en sy gesin, word gedoen.

Uniekheid van elke geval.

Belang van die kind word eerste gestel met inagneming van sy gesin.

Maatskaplike werkers

Verwysings vind plaas om seksuele molestering te bevestig, byvoorbeeld evaluering deur 'n sielkundige.

Predikante word soms gebruik om die skuldgevoelens van kinders te help verwerk. Daar word na die distriksgeneesheer verwys vir bevestiging van fisiese seksuele molestering.

Bevestiging van vermoede van seksuele molestering.

Religieuse aspek - skuldgevoelens geniet aandag.

Mediese bevestiging van fisiese tekens van seksuele molestering.

Polisie/Kinderbeskermingseenheid

Daar word slegs na die distriksgeneesheer verwys as hulle seker is dat die kind wel seksueel gemolesteer is. Wanneer kinders uit hulle gesin verwyder moet word, word die welsyn se hulp ingeroep.

Mediese bevestiging van fisiese tekens van seksuele molestering.

Verwydering van kinders slegs deur middel van die welsyn - wetlike komponent.

Hospitale

Die hospitaalpersoneel moedig die ouers of kind aan om liever by een van die welsynsorganisasie hulp te gaan soek. Amptelike verwysings deur die hospitaal vind nie plaas nie, omdat hulle bang is vir geregtelike stappe teen die hospitale.

Vrees vir vervolging - geen amptelike verwysings.

Evaluering van verwysing

Byna al die proefpersone voel dat dit die pasiënt/kliënt se verantwoordelikheid is om terug te keer na hulle indien die verwysing onsuksesvol was. Dit is slegs in die geval van 'n mediese ondersoek waar hulle altyd die uitslag van die verwysing terugkry.

Plaas verantwoordelikheid op pasiënt/kliënt om sukses van die verwysing te bepaal.

Moontlike afskuiwing van persoonlike verantwoordelikheid teenoor die pasiënt/kliënt.

Moontlik te min tyd en te veel pasiënte/kliënte.

6.2.5 Komponent 5 : Ingrypings- en terapeutiese tegnieke

Ingrypings- en terapeutiese tegnieke soos gebruik deur professionele persone en instansies

RESULTATE VAN EMPIRIESE ONDERSOEK.

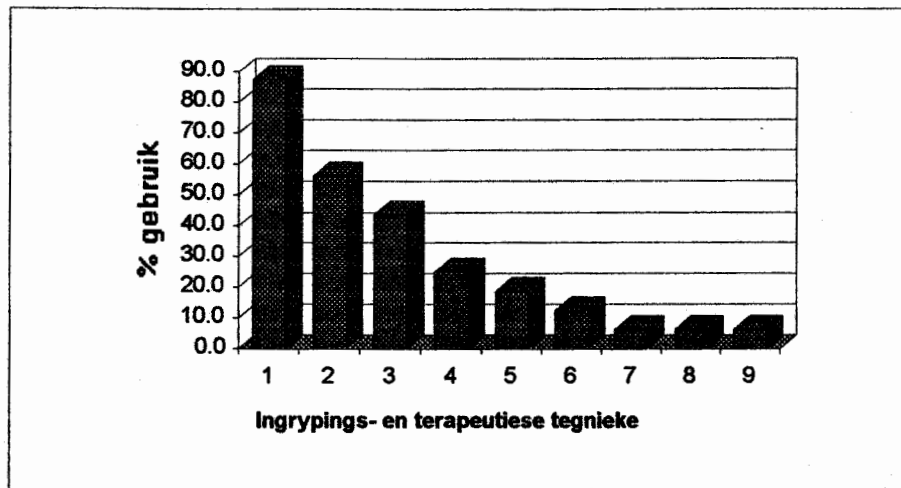
Tabel 10

Ingrypings- en terapeutiese tegnieke wat gebruik word deur die instansies/beroepe in die hantering van seksuele molestering.

	Onderhoud-voering	Gesins-terapie	Spel-terapie	Mensmodel-ering	Groep-terapie	Mediese ondersoek	Alternatiewelik
Medies							
1	*					*	
2	*	Verwys vir gesins-terapie				*	
Pastoraal							
3	*					*	
4	*	*	*			*	
Onderwys							
5	*						Verwys na OHS
6	*	*			*		Verwys na OHS
Kliniese Sielkundiges							
7	*	*	*				
8	*	*	*				
Opvoedkundige sielkundiges							
9	*			*		*	
10	*			*		*	
Maatskaplike werkers							
11	*	*	*			*	
12	*	*				*	Transaksionele analise Sisteem-benadering Huisbesoeke
Polisie							
13	*						Huisbesoeke
14	*						Huisbesoeke
Hospitale							
15							Verwys net na sielkundiges
16						*	Geen

Voorlopige afleidings

Diagram 8



Die proefpersone maak gebruik van die volgende ingrypings- en terapeutiese tegnieke:

1	Onderhoudvoering	: 87,5%
2	Mediese ondersoek	: 56,2%
3	Gesinsterapie	: 43,7%
4	Spel terapie	: 25%
5	Huisbesoeke	: 18,7%
6	Mensmodellering	: 12,5%
7	Groep terapie	: 6,2%
8	Transaksionele analise	: 6,2%
9	Sisteembenadering	: 6,2%

Dit blyk dat hoofsaaklik onderhoudvoering, mediese ondersoeke en gesinsterapie deur die proefpersone gebruik word. Die ander beskikbare terapeutiese tegnieke word selde gebruik. 'n Moontlike afleiding is dat die proefpersone onkundig in die gebruike daarvan is of dat hulle nie kennis van die gebruike self dra nie.

Doelwitte met ingrypings- of terapeutiese tegnieke**RESULTATE VAN DIE
EMPIRIESE ONDERSOEK****VOORLOPIGE AFLEIDINGS****Medici**

Los alles in maatskaplike werkers of sielkundiges se hande. Die pasiënt moet net iéwers hulp ontvang.

Doelwitte van die verskillende proefpersone met ingrypings- en terapeutiese tegnieke: Verskuif verpligting na 'n ander persoon.

Predikante**Korttermyn**

Om molestering stop te sit.

Om die kind te beskerm.

Die kind moet die geleentheid kry om alles uit te praat.

Trauma

Beëindiging van molestering en beveiliging van die kind.

Verwoording van trauma.

Langtermyn

Verwerking van skuldgevoelens.

Terapie moet toegespits word op die verwerking van die emosionele trauma wat die kind ervaar.

Om die gesin te help om die trauma te verwerk.

Verwerking van skuldgevoelens.

Verwerking van emosionele trauma by beide die kind sowel as sy gesin.

Onderwysers**Korttermyn**

Beveiliging van die kind.

Beveiliging van die kind.

Langtermyn

Terapie vir die kind en familieledede.

Terapie vir die kind en die gesin.

Kliniese sielkundiges**Korttermyn**

Om die kind te help om die trauma te verwerk.

Verwerking van die trauma.

Langtermyn

Sodat die kind nie eendag as volwassene seksuele probleme sal hê nie.
Gedragsmodifikasie.

Seksuele probleme as volwassene te voorkom.

Onvanpaste seksuele gedrag te wysig.

Opvoedkundige sielkundiges**Korttermyn**

Beveiliging van die kind.

Beveiliging van die kind.

Langtermyn

Om die trauma te verwerk.
Om weerbaar in die toekoms teen moontlike seksuele molestering te wees.
Om die skuldgevoelens te verwerk.

Verwerking van die trauma.

Weerbaarmaking.

Verwerking van skuldgevoelens.

Maatskaplike werkers**Korttermyn**

Beveiliging van die kind.
Verligting van skuld by die kind.
Ontlading vir kind.
Inligting oordra en praktiese oefeninge vir weerbaarmaking teen verdere seksuele molestering.
Om beskikbaar te wees vir die kind.

Beveiliging van die kind.

Verwerking van skuldgevoelens.

Uitpraat deur die kind.

Weerbaarmaking deur middel van inligting en praktiese oefeninge.

Beskikbaarheid van terapeute.

Langtermyn

Te verseker dat sy in die toekoms veilig sal wees.

Dat sy weet daar is iemand om mee te praat as sy weer probleme vorentoe sou ondervind.

Ouers voor te berei op moontlike gedragsprobleme wat in die toekoms kan ontstaan.

Beveiliging vir die toekoms.

Beskikbaarheid van terapeute.

Gesin voor te berei op moontlike gedragsprobleme.

Kinderbeskermingseenheid**Korttermyn**

Beveiliging van die kind.

Beveiliging van die kind.

Langtermyn

Oortreder moet gestraf word.

Straf vir die oortreder.

Hospitale**Korttermyn**

Die verwysing van die gemolesteerde na 'n sielkundige of na die welsyn.

Verskuif verpligting na 'n ander persoon.

6.2.6 Komponent 6 : Wetgewing en die uitvoering daarvan**Opinies in verband met wetgewing oor seksuele molestering****RESULTATE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK****VOORLOPIGE AFLEIDINGS.**

Hierdie vraag is baie swak deur alle proefpersone, behalwe die maatskaplike werkers en die Kinderbeskermingseenheid, beantwoord.

Die maatskaplike werkers voel dat die wet die oortreder beskerm en dat dinge

Onkunde/Onbetrokkenheid.

Ondoeltreffendheid van wetgewing en die uitvoering daarvan.

soos "tussengangers" nog net in teorie bestaan en nie in die plattelandse howe gebruik word nie.

Die kinderbeskermingseenheid voel dat die wet 'n goeie diens lewer behalwe dat die ondersoekproses te langdurig is.

Bevooroordeeldheid

Te langdradige proses waarin te veel tyd verloop en effektiwiteit dus verlore gaan.

Indiening van 'n kriminele klag teen die oortreder.

Al die proefpersone behalwe die Kinderbeskermingseenheid voel dat dit goed sou wees om alle oortreders aan te kla, maar dat dit in die praktyk negatiewe gevolge vir die kind en gesinslede kan inhou. Kriminele aanklagte behoort slegs in gevalle van verkragting en prostitusie gelê te word.

Dis die ideaal maar nie uitvoerbaar in die praktyk nie.

Die Kinderbeskermingseenheid was baie beslis daaroor dat alle oortreders wel aangekla moet word, sodat die kind kan sien dat die oortreder gestraf word. Dié eenheid staan dus ook die ontmaskering van die oortreder binne die gemeenskap voor.

Die polisie is gerig op die strafproses van die oortreder.

6.2.7 Komponent 7: Houdings en hanteringswyses van seksuele molestering deur professionele persone en instansies

Houdings teenoor die volgende drie stellings.

- a Die kind moet uit die gesin verwyder word.
- b Die oortreder moet uit die gesin verwyder word.
- c Alles moet gedoen word om te verseker dat die gesin bymekaar bly.

RESULTATE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

VOORLOPIGE AFLEIDINGS.

Medici

Stelling A: Slegs in uiterste gevalle waar die kind werklik in gevaar is. Dis nie wenslik nie.

Omstandighede bepaal besluit.

Stelling B: Omstandighede sal bepaal of dit wenslik is of nie; soos byvoorbeeld is die oortreder dalk die broodwinner.

Finansies kan verwydering verhoed, alhoewel dit of die ideaal is.

Stelling C: Hier is gemengde opinies: Ja, indien die gesin almal gelyktydig terapie ontvang en die kind veilig is. Nee, want soos die geskiedenis bewys het, het bloedskaande nie 'n goeie stakingsprognose nie.

Nie baie prakties nie.

Predikante

Stelling A: Dit is makliker om die kinders te verwyder, veral as hulle tieners is.

Meer praktiese opset.

Stelling B: Omstandighede sal bepaal of dit wenslik is al dan nie. As die berader goeie kontrole oor die situasie kan uitoefen en terapie aan die oortreder gegee word, moet hy nie te oorhaastig verwyder word nie.

Omstandighede sal die sukses bepaal.

Stelling C: Dit is die ideaal.

Die ideaal, maar nie baie prakties nie.

Onderwysers

Stelling A: Dis nie wenslik nie, want die kind moet op 'n stadium weer terugkeer na die gesin. Terapie binne die gesin is meer gewens.

Nie prakties nie.

Stelling B: Dit is wensliker, omdat toekomstige oortredings voorkom kan word.

Uitvoerbaar en wenslik.

Stelling C: Op die langtermyn is dit wenslik, maar op die korttermyn moet daar baie ondersteuning aan elke lid van die gesin gegee word.

Uitvoerbaar maar gekompliseerd.

Kliniese sielkundiges

Stelling A: Somtyds.

Somtyds uitvoerbaar/wenslik.

Stelling B: Somtyds, as die pa die oortreder is.

Somtyds uitvoerbaar/wenslik.

Stelling C: Deur individuele- en gesinsterapie kan die gesin bymekaar probeer hou word.

Gee voorkeur aan hierdie stelling.

Opvoedkundige sielkundiges

Stelling A; Stelling B; Stelling C: Elke geval moet van alle kante bekyk word en dan moet daar besluit word wat die beste keuse in 'n spesifieke geval sou wees.

Geval bepaal watter stelling van toepassing is.

Maatskaplike werkers

Stelling A: Wensliker om die kind te verwyder. Gee kinders 'n kans om uit die situasie te kom en die bose kringloop te verbreek, veral as die kind nie meer kan onderskei tussen wat reg en verkeerd is nie. Die kind kan egter voel dat dit hy/sy is wat gestraf word.

Mees praktiese stelling.

Stelling B: Dié opsie is die wenslikste, omdat die oortreder die boodskap kry dat wat hy gedoen het, verkeerd is. Dit gebeur egter baie selde in die praktyk omdat finansies meestal 'n baie sterk oorweging is.

Wenslikste maar realiseer min in die praktyk.

Stelling C: Dit is 'n riskante stelling omdat die oortreder selde van gedrag verander.

Nie werklik prakties nie.

Kinderbeskermingseenheid

Stelling A: Dis nie reg teenoor die kind nie.

Ongewens.

Stelling B: Die oortreder kan hoogstens vir twee dae verwyder word. Dan gaan hy terug na die gesin. Dit is slegs in baie ernstige gevalle waar die hof toestemming verleen dat die oortreder in aanhouding tot en met die hofsaak kan bly.

Nie baie prakties nie.

Stelling C: Dit gebeur in die praktyk selde dat só 'n gesin almal gehelp kan word sonder die verwydering van die kind of die oortreder.

Gee die grootste voorkeur aan dié stelling.

Hanteringswyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nommer 1

" 'n Moeder van 'n gemiddelde inkomstegroep kom na u en sê sy vermoed dat haar dogter deur die stiefvader seksueel gemolesteer word. Sy weet nie wat om te doen nie en vra nou u hulp".

(Sien tabel 11 op p.110)

Tabel 11: Hanteringwyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nommer 1

110

VOORLOPIGE AFLEIDINGS.

Dit lyk asof 81% van die proefpersone eers self 'n onderhoud met die moeder sou wou hê om soveel moontlik inligting te bekom om te bepaal waarop sy haar vermoede baseer. Hierna sal 68,7% met die dogter 'n onderhoud wou hê. Hierna sal 31% die stiefvader met die inligting konfronteer en slegs 31% sal wel die saak by een van die welsynsorganisasies aanmeld. Slegs 18,7% sal dit ook by die polisie aanmeld.

Slegs 25% sal die dogter vir 'n mediese ondersoek stuur en 12,5% sal die kind en die gesin evalueer.

Hanteringswyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nommer 2

" 'n Dogter kom na u en sê dat haar vader haar onbehoorlik betas. Sy vra hulp, maar wil nie hê dat die inligting bekend gemaak moet word nie".

(Sien tabel 12 op p.112)

RESULTATE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

Tabel 12: Hanteringswyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nr. 2

	Onder- houd met kind	Onder- houd met moeder	Onder- houd met vader	Onder- houd met familie	Aanmelding by polisie	TPA	Kinder sorg	CMR	Alternatiewelik	Huis- besoeke	Mediese ondersoek	Evaluering van kind
Medies												
1	*											
2	*											
Pastoraal												
3	*											
4	*	*										
Onderwys												
5	*	*										
6	*	*	*									
Kliniese Sielkundiges												
7	*											
8	*	*										
Opvoed- kundige Sielkundiges												
9	*	*										
10	*	*										
Maatskaplik												
11	*			*								*
12	*	*				*	*					
SAP												
13	*											
14	*				*							
Hospitale												
15												
16	onseker											

VOORLOPIGE AFLEIDINGS

87,5% van die proefpersone sou self tydens 'n onderhoud met die dogter inligting wou insamel om haar aantygings te verifieer. Daarna sou hulle haar probeer oorreed om haar toestemming te verleen om verder te gaan met die saak. Hierna sal 43,7% 'n onderhoud met die moeder wou hê terwyl 56,2% die saak daar sou laat. Sommiges sou die kind net weerbaar probeer maak om toekomstige seksuele molestering te vermy. Beoogde konfrontering met die vader blyk net 18,7% te wees en gesinsterapie 12,5%. Net 18,7% sou die geval by een van die welsynsorganisasies aanmeld en slegs 6,2% sou dit na die polisie verwys. Daar was ook sprake van koshuisplasing deur 'n maatskaplike werker .

Hantering van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nommer 3

" 'n Voorskoolse kind kla gedurig by die kleuterskool oor 'n seer magie. Op 'n dag begin sy te bloei by die skool. Die skoolhoof skakel u en vra hulp".

(Sien tabel 13 op p.114)

RESULTATE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

Tabel 13: Hanteringswyses van professionele persone en instansies ten opsigte van hipotetiese geval nr. 3

	Onder- houd met kind	Onder- houd met moeder	Onder- houd met vader	Onder- houd met familie	Aanmel- ding by polisie	TPA	Kinder -sorg	CMR	Alternatie- welijk	Huis- besoek	Mediese ondersoek	Evalue- ring van kind	Evalue- ring van gesin
Medies													
1					*		*				*		
2				*	*				Verwys na ginekoloog		*		
Pastoraal													
3											*		
4					*						*		
									Spel terapie				
Onderwys													
5		*	*								*		
6		*	*		*				OHS OHS		*		
Kliniese Sielkundiges													
7					*	*	*	*			*		
8		*	*		*						*		
Opvoedkun- dige sielkun- dige													
9							*				*		
10		*					*				*	*	
Maat-skaplik													
11	*	*	*			*		*			*		*
12		*			*	*	*		Spel terapie		*	*	*
SAP													
13	*					*	*	*			*		
14	*	*			*	*	*		Skool				
									*				
Hospitale													
15													
16	Onseker												
									Sielkundiges				

VOORLOPIGE AFLEIDINGS

In hierdie geval sou 81,2% onmiddellik 'n mediese ondersoek laat doen om die oorsaak van die bloeding vas te stel. Indien seksuele molestering gediagnoseer is, sou 25% dit by die polisie en 'n welsynsorganisasie aanmeld, 25% sou dit net by die polisie aanmeld en 25% net by 'n welsynsorganisasie. Selfs in hierdie ernstige situasie is die predikante en die hospitale 25% huiwerig om hulle wetlike verpligting na te kom en die oorsaak aan te meld by òf die polisie òf die welsyn. Daar is 43,7% wat die moeder sou kontak vir 'n onderhoud en 25% wat ook die vader sou kontak. Nog 12,5% sou gesinsterapie en 'n ander 12,5% speltherapie begin.

6.3 SINTESE

In hierdie hoofstuk is die resultate van die empiriese ondersoek, asook voorlopige afleidings uit die ondersoek, bespreek.

In die hieropvolgende hoofstuk word die bevindinge van die empiriese studie saamgevat en aanbevelings word aangebied.

HOOFSTUK 7

SAMEVATTING VAN BEVINDINGE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

Is daar 'n gebrek aan uniforme hanteringswyses en riglyne vir terapie met seksueel-gemolesteerde kinders vir persone in professies en instansies wat met seksuele molestering te doen kry? Dit is die vraag waarmee die navorser geworstel het met die aanvang van die studie. Daar was onduidelikheid oor watter invloed die verskillende professionele perspektiewe op die hanteringswyses en terapeutiese tegnieke wat gebruik word, het. 'n Literatuurstudie en empiriese ondersoek om hierdie probleem na te speur, is onderneem. Die navorsingsbevindinge, gevolgtrekkings, leemtes van die studie en aanbevelings word vervolgens aangebied.

7.2 BEVINDINGE UIT DIE LITERATUURSTUDIE

7.2.1 Bevindinge uit hoofstuk een

Aantal aanmeldings en ondervinding

Die proefpersone van verskillende instansies het verskillende grade van ondervinding gehad. Die welsynsinstansies het die meeste aantal aanmeldings sowel as die meeste ondervinding ten opsigte van slagoffers en oortreders gehad. Onderwysers het egter die minste ondervinding met betrekking tot seksueel-gemolesteerde kinders gehad (vergelyk paragraaf 1.2.1.1). Die polisie het weer meer oortreders as slagoffers gesien, terwyl al die ander instansies meer slagoffers as oortreders beraad het.

Die instansies het duidelike patrone ten opsigte van die tipe seksuele molesteringsgevalle wat by hulle aangemeld is, getoon. Die polisie het meestal gevalle, waar die oortreder 'n buitestaander was en nie iemand binne die familie nie, hanteer.

Hierteenoor het die welsyn en die ander instansies meerendeels aanmeldings van bloedskanie gekry. Dit blyk dus dat die gesin 'n hoër prioriteit plaas op die inhegtenisneming van 'n oortreder buite familie-verband (vergelyk paragraaf 1.2.1.1).

Verpligte aanmelding van seksuele molestering by die welsyn of die polisie

Wetgewing wat die aanmelding van seksuele molestering verplig kom algemeen voor. So byvoorbeeld het al die state in die VSA wette wat professionele persone en instansies verplig om vermoedens en gevalle van seksuele molestering aan te meld.

Hierdie wetgewing bring egter baie probleme mee: sommige persone voel dat konfidensialiteit en die vertrouensverhoudings met die kliënt hierdeur aan bande gelê word. Ander staan wantrouig jeens die polisie en die welsynsorganisasies se hantering van seksuele molestering. Die gevolg is dat baie professionele persone nie gevalle aanmeld soos deur die wet vereis nie. In 'n studie deur die "National Centre for Child Abuse and Neglect" is daar bevind dat 'n derde van alle gevalle van seksuele molestering nie by die polisie of die welsyn aangemeld word nie (vergelyk paragraaf 1.2.2.2).

Volgens die Bostonstudie is slegs 64% van al die gevalle van seksuele molestering deur professionele persone aangemeld. 'n Derde van persone verbonde aan instansies was ook versigtiger om die saak by die polisie aan te meld indien die stiefvader betrokke was by die molestering. Dit kan ook dui op weerstand of onkunde oor wat deur die wet vereis word (Finkelhor 1984:207-208). Statistieke bewys dus dat daar groot leemtes bestaan ten opsigte van verpligte aanmelding van gevalle van seksuele molestering (vergelyk paragraaf 1.2.2.2).

Hantering van seksuele molestering en die wedersydse vertroue van instansies of professionele persone

Volgens Finkelhor is daar gevind dat die meeste instansies gevalle van seksuele molestering op geïsoleerde wyses binne hulle eie professionele netwerk hanteer. Verwysings na ander instansies was min. Daar is byvoorbeeld bevind dat 49% van die polisie se gevalle deur ander instansies aangemeld is, terwyl al die ander tipes

instansies slegs 6% aanmeldings van ander instansies ontvang het. Dit was slegs die welsynsorganisasies en ander maatskaplike instansies wat redelik vry verwys of saamgewerk het met ander instansies. Skole het byna geen buitehulp ingeroep of verwysings gedoen nie.

Bogenoemde impliseer dat interinstansie-samewerking, wat tot voordeel van die geval sou wees, eerder die uitsondering as die reël is (vergelyk paragraaf 1.2 & 1.2.2.3).

Ingrypings- en terapeutiese tegnieke soos gebruik deur professionele persone en instansies

Uit die Bostonstudie van Finkelhor blyk dit dat verskillende tegnieke voorkeur geniet by sekere professionele persone en instansies:

Die welsyn het byvoorbeeld baie klem gelê op huisbesoek en psigiatrisse evaluasies van die kind en die gesin. Hulle het ook hoë prioriteit gegee aan 'n onderhoud met die oortreder. Onderwysers het uiters min ingrypings- of terapeutiese tegnieke aanbeveel. Hulle het die laagste persentasies ten opsigte van onderhoude met die kind, die moeder, die oortreder of verwysing vir 'n mediese ondersoek, getoon. Wat hulle wel gedoen het, was om die gevalle van seksuele molestering na die welsyn te verwys (vergelyk paragraaf 1.2.2.4).

Sommige instansies het gevoel dat van die tegnieke teenproduktief in die terapeutiese situasie was. 'n Voorbeeld hiervan is die inbring van 'n kriminele klag teen die oortreder. Die vrees bestaan dat so 'n klag die gesin verder polariseer en dat dit die oortreder sterk in sy weerstand en ontkenning. Aan die anderkant was daar persone wat gevoel het dat die oortreder gestop moes word voordat hy sou wou verander, om sodoende aan die gemeenskap duidelike riglyne te gee oor wat met 'n oortreder, in die geval van seksuele molestering, gebeur. Dit gee ook aan die slagoffer die boodskap dat die gemeenskap glo wat met hom/haar gebeur het (vergelyk paragraaf 1.2.2.5).

Professionele persone en instansies hoef dus nie beperk te voel tot onderhoudvoering en mediese ondersoeke nie (vergelyk 12.2.4-12.2.6).

Houdings en hanteringswyses ten opsigte van die volgende drie stellings:

- (i) Die kind moet uit die gesin verwyder word.
- (ii) Die oortreder moet uit die gesin verwyder word.
- (iii) Alles moet gedoen word om te verseker dat die gesin bymekaar bly.

Die volgende 2 tabelle toon die resultate wat in verband met bogenoemde stellings deur die Bostonstudie van Finkelhor verkry is.

Tabel 5 (vergelyk paragraaf 1.2.2.6).

Houdings ten opsigte van stellings (i) en (ii)

Instansie	Aanmoediging van kriminele klagtes	Verwyder die kind	Verwyder die stiefpa
Geesteswelsyn	6	7	10
Medici	9	5	6
Welsyn	5	8	9
Polisie	35	6	35
Skole	7	7	11
Ander gemeenskapsdienste	11	3	11
Al die instansies	10	7	12
$\chi^2 = 37.69$	N.S. = 37.83	N = 725	p < .0001

Tabel 6 (vergelyk paragraaf 1.2.2.6).
Houdings ten opsigte van stelling (iii)

Instansies	Hou gesin bymekaar*	Inbring van kriminele klagte**	(N)
Geesteswelsyn	73	26	(78)
Medici	68	44	(50)
Welsyn	85	31	(164)
Polisie	34	74	(53)
Skole	52	48	(175)
Ander maatskaplike dienste	60	50	(65)
	$\chi^2 = 67.34$ $p < .0001$	$\chi^2 = 45.00$ $p < .0001$	

* Alles moet gedoen word om die gesin bymekaar te hou.

** Dit is belangrik om kriminele klagte aanhangig te maak..

Sommige van die professionele persone voel dat die oortreder en die slagoffer beslis geskei moet word ná die onthulling van seksuele molestering, anders gebeur dit dat die slagoffer aan òf verdere seksuele molestering òf vergelding deur die gesin blootgestel word as gevolg van die onthulling van die "geheim". Hulle voel indien skeiding nie plaasvind nie, dat die verpligting wat die oortreder voel om hulp te soek, verlig word en dit laat destruktiewe gesinspatrone toe om voort te gaan.

Ander professionele persone voel weer dat die slagoffer net wil hê dat die seksuele molestering moet ophou. Die slagoffer wil nie die gesin opbreek of blootstel aan sosiale- en ekonomiese probleme nie. Verder sê hulle ook dat skeiding skuldgevoelens by die slagoffer verhoog, omdat sy, volgens haar, die gesin laat verbrokkel (vergelyk paragraaf 1.2.2.5 & 1.2.2.6).

7.2.2 Bevindinge uit hoofstuk twee

Definiëring van seksuele molestering.

Die mees omvattende definisie van seksuele molestering, is deur Giardino et al (1992:2) aangeteken: Seksuele molestering is "the involvement in sexual activities by an older person of a dependent, developmentally immature child or adolescent for that older person's own sexual stimulation, or for the gratification of other persons, as in child pornography or prostitution. Abusive activities include exhibitionism, sexualized kissing, fondling, masturbation, digital or object penetration of the vagina or anus, and oral-genital, genital-genital, and anal-genital contact. The sexual act is imposed on a child or an adolescent who cannot provide informed consent because of his or her age or developmental stage. Central to the concept of sexual abuse are the misuse of power and the betrayal of a child's trust by an older individual. The essential components of the definition of sexual abuse involved the child's developmental immaturity and inability to consent, and the perpetrator's abuse of power and relationship. In sexual abuse, the perpetrator has authority and power over the child ascribed by his or her age, and is thus able, implicitly or directly, to coerce the child into sexual compliance" (vergelyk paragraaf 2.2).

Die uitkenning van die fisiese- en gedragsimptome van kinders wat seksueel gemolesteer word, is van groot belang vir die gemeenskap en die persone wat met seksuele molestering werk (vergelyk paragraaf 2.3). Die ontwikkelingsfase van die kind, die duur van die molestering, die kind se ondersteuningstrukture, die verhouding tussen die molesteerder en die kind, die aard van die molestering, die graad van deelname deur die kind en die geslag van die kind én die molesteerder, beïnvloed die effek wat die seksuele molestering op die kind het (vergelyk paragraaf 2.4). Wanneer daar met 'n aanmelding van seksuele molestering gewerk word, is een van die eerste vrae waarmee die terapeut gekonfronteer word : "Vertel die kind die waarheid?" In paragraaf 2.5 word 'n opsomming gegee aan die hand waarvan 'n terapeut die kind se aantygings kan evalueer.

Die terapeut moet met elke geval homself afvra: "Wat is die korrekte optrede in hierdie spesifieke geval?" In paragraaf 2.6 is 'n voorgestelde wyse van optrede aangebied waar daar aan die volgende momente aandag gegee is:

- (i) Die hantering van die kind.
- (ii) 'n Mediese ondersoek.
- (ii) Aanmelding van die seksuele molestering.
- (iv) Inwin van professionele hulp.

Tydens terapie met 'n seksueel-gemolesteerde kind verloop daar spesifieke stadia soos realisasie, protes, skuld, wanhoop, herevaluering van verhoudings, versoening en herkonstruksie. Die terapeut moet tydens die hantering van die kind bedag wees op die kort- en die langtermyn gevolge wat seksuele molestering inhou, sodat die terapie hiervolgens gestruktureer kan word.

7.2.3 Bevindinge uit hoofstuk drie

Die leefwêreld van die seksueel-gemolesteerde kind

Uit hoofstuk drie blyk dit dat die totale ontwikkeling en funksionering van die kind negatief deur die seksuele molestering beïnvloed word. In die junior primêre-, senior primêre-, junior sekondêre- en senior sekondêre fases van die skoolkind word haar betekenisgewing, belewing, betrokkenheid, selfaktualisering en selfkonsepvorming sodanig beïnvloed dat die kind "anders" as haar maats voel en nooit werklik in emosionele en sosiale verband met haar ouderdomsgroep kan assosieer nie. Haar verhoudingslewe met haar gesin en ander mense in die gemeenskap loop dikwels skeef. Die kind se selfidentiteit en selfkonsep is swak en onrealisties wat veral van belang is in die lig van die feit dat dié twee entiteite 'n allesoorwegende rol in haar toekoms gaan speel. Selfs haar lewe as volwassene en getroude persoon kan negatief beïnvloed word deur die gevolge van seksuele molestering.

Dit is dus belangrik dat die terapeut, die kind se ouers en onderwysers sal besef in watter mate seksuele molestering die kind se hele persoonswees en toekoms raak en kan verander. Seksuele molestering kán nie net afgemaak word as "nie so ernstig nie" en hoop dat die kind daarvan sal vergeet nie.

7.2.4 Bevindinge uit hoofstuk vier

Terapeutiese tegnieke

In hoofstuk vier word verskeie terapeutiese tegnieke wat reeds gebruik en verwerk is vir toepassing op die seksueel-gemolesteerde kind, bespreek. So byvoorbeeld is daar groepterapie, dans- of bewegingsterapie, dramaterapie, terapie deur middel van gedigte, "paraverbal therapy", musiekterapie, gesinsterapie, hipnoterapie, speltherapie, mensmodellering en nog ander tegnieke (vergelyk paragraaf 4.3).

Daar is ook ander terapeutiese tegnieke wat in die bronne genoem is, maar wat nie beskryf is in die beskikbare literatuur nie. Dit dui daarop dat daar nog heelwat ander terapeutiese tegnieke bestaan en dat die terapeut wat hom bepaal met die hantering van seksuele molestering, praktiese ervaring en kreatiwiteit aan die dag moet lê om op hoogte te bly van al die beskikbare terapeutiese tegnieke. Dit is van uiterste belang dat die mees geskikte terapeutiese tegniek vir 'n spesifieke geval gekies kan word. Deeglike kennis van terapeutiese tegnieke is 'n voorvereiste vir effektiewe hantering van gevalle van seksuele molestering. Elke kind en elke aanmelding van seksuele molestering is uniek en daarom is dit belangrik dat die terapeut die vordering van die terapie deurentyd moet evalueer en veranderinge aanbring om die effektiwiteit van die terapie te verseker.

7.3 BEVINDINGE UIT DIE EMPIRIESE STUDIE

7.3.1 Agtergrondgegewens

Uit die agtergrondgegewens van die proefpersone kan die volgende uitsprake gemaak word:

- * dat dit onrusbarend is dat soveel van die instansies/professies hulself swak tot gemiddeld evalueer in die hantering van seksuele molestering.

- * dat die frustrasie wat baie slagoffers en hulle gesinne beleef, ontstaan uit die onkundige manier waarop instansies/professionele persone, wat deur die slagoffer vertrou word as kundig, die slagoffer hanteer.
- * dat daar groot leemtes bestaan in die opleiding van professionele persone en instansies wat gemoeid is met seksuele molestering en by wie die gemeenskap om hulp gaan vra.

7.3.2 Aanmelding van seksuele molestering by die polisie of die welsyn soos verplig deur wetgewing.

Definiëring van seksuele molestering.

- * Wanneer professionele persone seksuele molestering definieer, word 'n hoë prioriteit op die fisiese betasting en seksuele omgang geplaas, terwyl die emosionele sy van seksuele molestering soos byvoorbeeld suggesties, pornografie en seksuele gesprekke of insinuasies, ondergeskik aan genoemde fisiese vergrype is.
- * Die professies verskil in optrede wanneer daar met 'n aanmelding van seksuele molestering te doen gekry word. Die professionele perspektief van 'n persoon en hulpgewing bepaal optrede.
- * Daar is geen eenvormigheid in die hantering van 'n aanmelding van seksuele molestering nie.

Verpligte aanmeldings

- * Die welsynsorganisasies hanteer gevalle van seksuele molestering, volgens die proefpersone, op 'n minder radikale wyse as die polisie wat onmiddellik 'n kriminele saak open. Die proefpersone is dus meer geneig om hulle wetlike verpligting na te kom deur gevalle van seksuele molestering by welsynsorganisasies aan te meld eerder as by die Suid Afrikaanse Polisie.

- * Aanmeldings by die polisie word slegs in uiters gevaarlike situasies gedoen, met ander woorde waar die kind in onmiddellike gevaar verkeer. Uit die literatuur word hierdie bewering gestaaf, want ouers meld makliker 'n saak van seksuele molestering by die polisie aan as die oortreder nie familie of 'n bekende aan die familie is nie (vergelyk paragraaf 1.2.2.2)
- * Sommige proefpersone is onbewus van die belang van die wetlike verpligting om gevalle van seksuele molestering aan te meld. Wanneer 'n saak by die welsyn aangemeld word, word die aanmelding in die Kindermishandelingsregister geskryf. Hierdie kan as 'n bewys dien teen 'n oortreder wat meer as een keer betrokke raak by seksuele molestering. Sodoende "verdwyn" oortreders nie net tussen professionele persone nie.
- * Die professionele persoon het twee opsies wanneer die aanmelding van seksuele molestering wetlik onvermydelik is: òf die polisie òf enige van die welsynsorganisasies kan verwittig word. Daar is dus 'n keuse met betrekking tot watter tipe seksuele molestingsgeval hy waar wil aanmeld vir 'n spesifieke hanteringswyse - maar hy is verplig om die saak aan te meld.

7.3.3 Professions en instansies gemoeid met seksuele molestering

- * Professionele persone beskou die volgende professionele persone en instansies as mense met kundigheid op die terrein van seksuele molestering:

Kindersorg

Die Kinderbeskermingseenheid van die Suid Afrikaanse Polisie

Sielkundiges

Mediese dokters

Predikante

Dit is egter onrusbarend dat die proefpersone juis deel is van hierdie professionele beroepe en instansies en dat 75% van hulle hul eie bevoegdheid en kundigheid tussen swak en gemiddeld evalueer (verwys na tabel 7).

- * Daar is dus 'n groot leemte in die akademiese en praktiese opleiding van die professionele persone wat gemoeid is met seksuele molestering.

Hantering van seksuele molestering en die wedersydse vertroue van instansies of professionele persone

- * Dit is duidelik dat professionele persone en instansies voorkeur gee aan verskillende professionele persone en instansies. Onderlinge vertroue is dus eintlik swak.
- * Die professionele persone en instansies wat die kind-in-totaliteit sentraal plaas in hulle hantering van seksuele molestering, neig meer tot 'n multi-professionele benadering.

Effektiwiteit van die ondersteuningstrukture in Witbank

- * Wanneer daar gekyk word na al die instansies en professionele persone in Witbank, blyk dit dat daar genoegsame ondersteuningstrukture in Witbank beskikbaar is. Tog beleef die meeste proefpersone nood aan 'n meer ondersteunende struktuur wat betroubare en effektiewe diens lewer.
- * Onderlinge samewerking en kennis van mekaar kan effektiwiteit verhoog. So kan almal 'n beter diens aan die gemeenskap lewer. Dit lyk asof dit min gebeur en die gemeenskap dus hierdeur benadeel word.

7.3.4 Kriteria vir die verwysing van alle seksuele molestering na ander professionele persone en instansies

Verwysings

Verwysings vind plaas as gevolg van:

- Wetlike aspekte : Verpligte aanmelding.
Verwydering van kinders uit gesin slegs deur die welsyn.
- Religieuse aspek: Skuldgevoelens.
- Emosionele aspek: Emosionele welstand van kind.
Uniekheid van elke geval in belang van die kind.
- Mediese aspek: Bevestiging van seksuele molestering deur fisiese tekens.
- Kundigheidsaspek: Verwysing na 'n professionele persoon met meer kennis van terapie ten opsigte van seksueel-gemolesteerde kinders.

Vermynverwysing van kinders

Sommige professionele persone en instansies vermynverwysings as gevolg van vrees vir vervolging en wantroue in ondersteuningstrukture wat met seksuele molestering gemoeid is.

Evaluering van verwysing

Deur die verantwoordelikheid, om die sukses van die verwysing te bepaal, op die pasiënt/kliënt te plaas, verminder die proefpersone hulle eie verantwoordelikheid teenoor die geval. Te min tyd en te min emosionele verantwoordelikheid teenoor die pasiënt of klient is nadelig. Min van die pasiënte/kliënte lewer enige terugvoer. Baie van hulle voel te skaam om weer te kom sê dat hulle nie tevrede was nie. Die verwysende persoon maak dus 'n gevaarlike afleiding as hy sondermeer aanneem dat die verwysde tevrede was en daarom geen terugvoer gelewer het nie.

7.3.5 Ingrypings- en terapeutiese tegnieke

- * Dit wil voorkom of al die professionele persone en instansies voorkeur gee aan onderhoudvoering met daarna 'n mediese ondersoek, indien nodig. Onderhoudvoering en gesinsterapie word

dan ook die meeste as terapeutiese tegnieke aangewend. Die rykdom van ander terapeutiese tegnieke wat beskikbaar is, word slegs in uitsonderlike gevalle gebruik en ook net as die persone toevallig kundig is in 'n spesifieke ander terapeutiese tegniek. Dit blyk dat professionele persone stagneer in terapeutiese tegnieke en ook geen verdere navorsing ter verbetering van die situasie doen nie. Dit lei dus tot 'n geweldige verskraling van hulpgewing aan pasiënte/kliënte.

Doelwitte met ingrypings- of terapeutiese tegnieke

Korttermyn:

- 1 Voorkoming en die beëindiging van seksuele molestering.
- 2 Beveiliging van die kind.
- 3 Uitpraat deur die kind/Verwoording van trauma.
- 4 Verkryging van alle moontlike inligting.
- 5 Verwerking van die trauma deur die kind en die gesin.
- 6 Verwerking van skuldgevoelens.

Langtermyn:

- 1 Verwerking van skuldgevoelens.
- 2 Verwerking van die trauma se gevolge oor die langtermyn.
- 3 Wysiging van onvanpaste seksuele gedrag.
- 4 Die gesin voor te berei op gedragsprobleme wat moontlik in die toekoms deur die kind geopenbaar mag word.
- 5 Voorkoming van seksuele probleme as volwassene.
- 6 Weerbaarmaking van die kind teen toekomstige seksuele molestering deur middel van inligting en praktiese inoefeninge.
- 7 Beschikbaarheid van terapeute vir toekomstige probleme. Hulp is net so ver soos 'n telefoonoproep.
- 8 Straf vir die oortreder.

7.3.6 Wetgewing en die uitvoering daarvan

- * Dit blyk dat die meeste proefpersone of instansies min met die wetgewing en die uitvoering daarvan te make het en dat hulle onkundig daaroor is, terwyl die maatskaplike werkers en die Kinderbeskemingseenheid voel dat die wet ondoeltreffend is. Byvoorbeeld (a) dat die kind die oortreder moet skuldig bewys. Dit is moeilik vir 'n kind om teen 'n volwassene te getuig en (b) dat die hofgebeure oor so 'n lang tydperk plaasvind, dat feite na drie jaar nie meer relevant is nie en die kind deur heeltemal te veel addisionele traumas moet gaan.

7.3.7 Houdings teenoor die volgende stellings:

- (i) Die kind moet uit die gesin verwyder word.
- (ii) Die oortreder moet uit die gesin verwyder word.
- (iii) Alles moet gedoen word om te verseker dat die gesin bymekaar bly.

Uit die empiriese ondersoek blyk dit dat die professionele persone en instansies baie van mekaar verskil oor hóé wenslik of hóé prakties enige een van bogenoemde drie stellings is:

- Die medici kan nie een bo die ander verkies nie. Die predikante voel dat stelling (a) meer prakties is, terwyl stelling (c) die ideaal is.
- Die onderwysers voel dat stelling (b) die wenslikste en mees uitvoerbare stelling is.
- Die kliniese sielkundiges gee voorkeur aan stelling (c).
- Die opvoedkundige sielkundiges voel dat omstandighede sal bepaal watter stelling van toepassing op 'n spesifieke geval van seksuele molestering sal wees.
- Die maatskaplike werkers voel dat stelling (a) die mees praktiese is en dat stelling (b) wenslik is, maar min realiseer in die praktyk. Stelling (c) is onprakties.

- Die Kinderbeskermingseenheid kan nie 'n stelling positief evalueer nie.
- Die hospitale gee voorkeur aan stelling (c).

7.4 GEVOLGTREKKINGS

Die eerste gevolgtrekking waartoe die navorser gekom het, is dat daar in die Witbank omgewing geen uniforme hanteringswyses en riglyne vir terapie met seksueel-gemolesteerde kinders is nie.

Die tweede gevolgtrekking is dat die professionele persone se opleiding en praktiese evaluering, ten opsigte van seksuele molestering, te kort skiet en dit veroorsaak dat hulle onkundig voel.

'n Derde gevolgtrekking is dat professionele persone en instansies mekaar as onkundig evalueer of mekaar se kundigheid wantrou met betrekking tot opleiding en vorige ervaring.

'n Vierde gevolgtrekking is dat bogenoemde drie gevolgtrekkings die hantering van elke pasiënt/kliënt nadelig beïnvloed en dat die kliënt/pasiënt dus "uitgelewer" is aan die persoon of instansies se bevoegdhede.

'n Vyfde gevolgtrekking is dat alhoewel daar genoeg professionele persone en instansies, wat gemoeid is met seksuele molestering, bestaan, daar 'n groot behoefte aan gespesialiseerde en kundige professionele persone en instansies wat spesialiseer in die hantering van seksuele molestering, is.

'n Sesde gevolgtrekking is dat die meeste professionele persone onkundig is oor hulle wetlike verpligting, naamlik om alle beweerde en wetlike gevalle van seksuele molestering by òf die polisie òf die welsyn aan te meld. Hierdie aanmelding dien as 'n verwysing vir latere opvolgwerk indien 'n soortgelyke aanmelding weer sou voorkom.

Aanmelding by die polisie kan lei tot 'n kriminele klag teen die oortreder, terwyl 'n aanmelding by die welsyn altyd lei tot 'n inskrywing in die Kindermishandelings-register, wat nie noodwendig vervolging van die oortreder beteken nie.

'n Sewende gevolgtrekking is dat kriteria vir verwysings van gevalle van seksuele molestering in die meeste gevalle baie vaag en subjektief is.

'n Agtste gevolgtrekking is dat min aandag gegee word aan opvolging en evaluering met betrekking tot suksessyfers ten opsigte van die verwysing van 'n seksueel-gemolesteerde kind na 'n ander professionele persoon of instansie.

'n Negende gevolgtrekking is dat professionele persone en instansies voorkeur gee aan sekere ingrypings- en terapeutiese tegnieke omdat dit aan hulle bekend is en nie omdat dit noodwendig die beste tegniek vir die spesifieke hantering en terapie vir die spesifieke geval is nie.

'n Laaste gevolgtrekking is dat daar nog 'n groot leemte bestaan tussen die beleving van wetgewing, soos in hofprosedures en soos deur die slagoffers en hulle ondersteuningstrukture, ondervind en beleef word.

7.5 LEEMTES IN DIE STUDIE

- * Aangesien hierdie studie konsentreer op die Witbank omgewing van die Oos-Transvaal, kan daar nie sonder meer aanvaar word dat die bevindinge geldig is vir die wyer Suid-Afrika nie.
- * Die vraelys het wel struktuur verleen aan die onderhoude, maar dit is moontlik dat sommige punte misgekyk en dus nie ingesluit is by die vraelys nie.
- * Daar is nie in die empiriese studie van gestandaardiseerde evaluering gebruik gemaak nie en dit kan moontlike subjektiewe interpretasie tot gevolg hê.
- * 'n Proefgroep van sestion professionele persone wat blootgestel is aan gevalle van seksuele molestering, is gebruik. Die proefgroep lyk dus klein in verhouding met die wyer Suid-Afrika, maar vir die geografiese omgewing wat ondersoek is, is die proefgroep wel verteenwoordigend van die beskikbare professionele persone en

instansies. Daar is ook goeie korrelasie tussen die response van individue van dieselfde beroepe en instansies.

- * Uit vrees vir "onkundige" antwoorde, kon die professionele persone hulself dalk kundiger probeer voordoen het as wat hul hulself ag.
- * Die proefpersone se verwysingsraamwerke en beroepe was beperkend op hulle kundigheid en hantering van seksuele molestering, soos byvoorbeeld die lede van die Kinderbeskermingseenhede wat geen opleiding in onderhoudvoering of krisishantering met die seksueel-gemolesteerde kind het nie, terwyl dit hulle spesialiseringsterrein is.

7.6 AANBEVELINGS

Die eerste aanbeveling sou wees dat daar verdere navorsing gedoen moet word om uniforme hanteringswyses en riglyne vir terapie daar te stel. Dié hanteringswyses en riglyne moet as rigtingwysers vir professionele persone en instansies dien wanneer hulle met gevalle van seksuele molestering werk.

Die tweede aanbeveling is dat opleidingsinstansies van medici, predikante, onderwysers, sielkundiges, maatskaplike werkers, polisie en hospitaalsusters intensiewe aandag moet gee aan die opleiding van hierdie persone in die hantering en terapie van seksuele molestering. Die gemeenskap verwag van hierdie professies om aanmeldings van seksuele molestering met kundigheid te kan hanteer.

'n Derde aanbeveling is dat professionele persone en instansies ingelig moet word oor hulle wetlike verpligting om beweerde en werklike gevalle van seksuele molestering by òf die polisie òf die welsyn aan te meld.

'n Vierde aanbeveling is dat daar sentrums, wat spesialiseer in seksuele molestering, gestig moet word. Dié sentrums moet beskik oor al die nodige verskillende professies, wat gemoeid is met die hantering van seksuele molestering - soos van medici tot regslui. Navorsing oor hoe hierdie sentrums tot stand kan kom en hoe dit moet funksioneer, is dus nodig.

'n Vyfde aanbeveling is dat daar navorsing gedoen behoort te word oor hoekom sekere bestaande prosedures in die howe, wat die trauma vir die slagoffer minimaliseer, nie in die praktyk realiseer nie. Verdere navorsing moet ook gedoen word om die geregtelike prosesse in sake van seksuele molestering van kinders meer vaartbelyn en tydeffektief te maak.

7.7 SLOTOPMERKING

Die navorser spreek die hoop uit dat hierdie studie die belangrikheid van gespesialiseerdheid en kundigheid in die veld van seksuele molestering, vir ál die professies gemoeid met seksuele molestering, sal beklemtoon, sodat die gemeenskap, en veral die slagoffers van seksuele molestering, voordeel kan trek uit gespesialiseerde en kundige hantering en terapie.

BRONNELYS

Burger, S. 1992. Opvoeding van die voorskoolse kind tot optimale kognitiewe wording. M.Ed verhandeling. Pretoria: Unisa.

Cattanach, A. 1992. Play therapy with abused children. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Cloete, L. 1988. Music therapy and abused and neglected children. Child care worker, vol. 6, no. 2, pp. 11-12.

Cook, J.V. & Bowles, R.T. 1980. Child abuse: commission an omission. Toronto: Butterworths.

Conte, J. & Share, D. 1982. Social work and child sexual abuse. New York: Haworth.

Cornman, B.J. 1989. Group treatment for female adolescent sexual abuse victims. Issues in mental health nursing, vol. 10, pp. 261-271. Hemisphere Publishing Corporation.

Courtios, C.A. 1988. Healing the incest wound. New York: Novton & company Ltd.

Erasmus, J.H. 1989. Die rol van die sielkundige by die behandeling van die mishandelde kind. Welfare focus, vol. 24, no. 1, pp. 16-19.

Finkelhor, D. 1979. Sexually victimized children. New York: The Free Press.

Finkelhor, D. 1984. Child sexual abuse. New theory and research. New York: The Free Press.

Fourie, J.H. 1987. Kindermolestering. Die vrystaat se onderwyser, Desember 1987. Vrystaatse Onderwys Departement.

- Furniss, T. 1991. **The multi-professional handbook of sexual abuse. Integrated management, therapy and legal intervention.** London: Routledge.
- Gillham, B. 1991. **The facts about child sexual abuse.** London: Cassell Educational Limited.
- Giardino, A.P. Finkel, M.A. Giardino, E.R. Seidl, T. & Ludwig, S. 1992. **A practical guide to the evaluation of sexual abuse in the prepubertal child.** London: Sage Publications.
- Goldstein, S.L. 1987. **The sexual exploitation of children - A practical guide to assesment, investigation and intervention.** New York: Elsevier.
- Gomes-Schwartz, B. Horowitz, J.M. & Cardelli, A.P. 1990. **Child sexual abuse: The initial effects.** New Delhi: Sage Publications.
- Goodwill, S.W. 1987. **Dance/Movement therapy with abused children.** *Arts in psychotherapy*, vol. 14, pp. 59-68. USA: Pergamon Journals Ltd.
- Graser, R.R. & Winship, W.S. 1984. **Sexual abuse of children - A South-African problem.** Durban: Nasionale Konferensie.
- Huaptfleisch, S. 1988. **Musiekterapie in Suid-Afrika.** Pretoria: RGN.
- Herman, J. 1981. **Father - daughter incest.** Cambridge: Harvard.
- Jacobs, L.J. & Vrey, J.D. 1982. **Selfkonsep, diagnose en terapie: 'n opvoedkundige-sielkundige benadering.** Pretoria: Academica.
- Kempe, C.H. & Helfer, R.E. 1980. **The battered child.** Third Edition. Chicago: University of Chicago.
- Kempe, R.S. & Kempe, C.H. 1978. **Child abuse.** London: Open Books.

Lindahl, M.W. 1988. Letters to Tammy: A Technique useful in the treatment of a sexually abused child. **Child abuse & neglect**, vol. 12, pp. 417-420. USA: Pergamon Press

Mackay, B. & Gold, M. & Gold, E. 1987. A pilot study in drama therapy with adolescent abused. **Arts in psychotherapy**, vol. 14, no. 1, pp. 77-84. Pergamon Journal Ltd.

Mazza, N. & Magaz, C. & Scatuvro, J. 1987. Poetry therapy with the abused children. **Arts in psychotherapy**, vol. 14, pp. 85-92. USA: Pergamon Journals Ltd.

Middleton, J. 1991. Die strafreg rondom kindermolestering. **Maatskaplike werk**, vol. 27, nr. 2, p.133. Unisa.

Mrazek, P.B. 1980. Anotation: Sexual abuse of children. **Journal of child psychology and psychiatry**, vol. 21, pp. 21, 91-95.

Ney, P.G. 1987. The treatment of abused children: The natural sequence of events. **American journal of psychotherapy**, vol. 41, pp. 395-399.

Olivier, L. 1992. Die molesteerder en die impak van seksuele molestering oor die langtermyn. Referaat vir seminaar oor kindermolestering, 31Maart 1992. Technikon Pretoria.

Pardeck, J.T. 1989. Family therapy. Approach to child abuse. **Family therapy**, vol. 16, no. 2, pp. 113-120. San Diego: Libra Publishers.

Prendergast, W.E. 1993. **The merry-go-round of sexual abuse: Identifying and treating survivors**. New York: The Haworth Press.

Rech, L. & Jahn, J.E. 1989. Die behandeling van die seksueel gemolesteerde kind. **Welsynfokus** 24, nr. 1, pp. 33-36.

Rutter, M. & Hersov, L. 1985. **Child and adolescent psychiatry**. Blackwell Scientific Publications.

Schechter, M.D. & Roberge, L. 1976. **Sexual exploitation. Child abuse and neglect.** USA: Pergamon Press.

Schetky, D.H. & Green, A.H. 1988. **Child sexual abuse: A handbook for health care and legal professionals.** New York: Brunner/Mazel.

Schuman, H. C. 1990. Seksuele mishandeling van kinders: 'n toenemende euwel. **Geneeskunde**, Julie 1990, vol. 32, nr. 6, p. 4. Pretoria.

Sgroi, S.M. 1982. **Handbook of clinical intervention in child sexual abuse.** Lexington: Lexington Books.

Shapiro, M.K. 1987. **Second childhood: Hypno-play therapy with age regressed adults.** London: Norton & Company Ltd.

Sonnekus, M.C.H. & Ferreira, G.V. 1985. **Die psigiese lewe van die kind- in - opvoeding. 'n Handleiding in die psigopedagogiek.** Stellenbosch/ Grahamstad: Universiteit uitgewers en boekhandelaars (Edms) Bpk.

Sullivan, G. 1986. **Rape crises handbook: Counselling for sexual abuse.** Wellington: Rimu Books.

Swanepoel P. & Roets H.H.S. **Musiekterapie: 'n ortopedagogiese perspektief.** TOD-Simposium 29 September 1992.

TOD-Omsendminute 96 van 1994. Wysiging van die handleiding vir algemene skoolorganisasie: Hoofstuk 14: **Misdade teen kinders.** Pretoria. Transvaalse Onderwys Departement.

Van Schalkwyk, M. 1990. **Kindermolestering: Leer jou kind om homself te beskerm - 'n Handleiding vir ouers.** Pretoria: J.P. van der Walt en seun (Edms) Bpk.

Veldman, D.R. 1992. **Mensmodellering as terapeutiese hulpmiddel by pubers met ongunstige liggaamsbeleving.** M.Ed verhandeling. Pretoria: Universiteit van Pretoria.

Vrey, J.D. 1979. **Die opvoedeling in sy selfaktualisering.** Pretoria: Unisa.

Wise, S. 1989. Review of Child Abuse in the RSA - White Urban Society.
Transvaal educational news, vol. 87, no. 5, pp. 7-9.

Wheeler, B.L. 1987. The use of paraverbal therapy in treating an abused child.
Arts in pshychotherapy, vol. 14, pp. 69-76. Peragamon Journals Ltd.

ADDISIONELE BRONNELYS

Johnson, T.C. & Berry, C. June 1989, Children who molest. A treatment program. **Journal of interpersonal violence**, vol. 4, no. 2, pp. 185-203. Sage Publications.

Kelle, R.A. & Cichinelli, L.F. & Gardner, D.M. 1989. Characteristics of the child sexual abuse programs. **Child abuse and neglect**, vol. 13, no. 3, pp. 361-368. USA: Pergamon Press.

Kroth, J.A. 1979. **Child sexual abuse. Analysis of a family therapy approach.** Illinois: Charles Thomas Publishers.

Milner, J. & Blyth, E. 1988. **Coping with sexual abuse: A guide for teachers.** Hamilton: Priority Press Limited.

Mitchum, N.T. 1987. Developmental play therapy: A treatment approach for child victims of sexual molestation. **Journal of counselling and development**, February 1987, vol 65, pp. 320-321.

Pledger, R. & McLennan, J. Counselling help for child-abusing parents: Parents anonymous. **Australian journal of sex, marriage & family**, August 1988, vol. 9, no. 3, pp. 137-143.

Ryan, G. 1989. Victim to victimizer. **Journal of interpersonal violence**, vol. 4, no. 3, September 1989, pp. 325-341. Sage Publications.

Shapiro, J.P. 1989. Self-blame versus helplessness in sexually abused children: an attributional analysis with treatment recommendations. **Journal of social and clinical psychology**, vol. 8, no. 4, pp. 442-455.

Van Dalen, A. 1989. The emotional consequences of physical child abuse. **Clinical social work journal**, vol. 17, no. 4, pp. 383-394. Human Science Press.

Van Scoyk, S. & Gray, J. & Jones, D.P.H. A theoretical framework for evaluation and treatment of the victims of child sexual assault by a non-family member. **Family process**, vol. 27, no. 1, March 1988, pp. 105-113.

Wodarski, J.S. & Johnson, S.R. 1988. Child sexual abuse contributing factors, effects and relevant practice issues. **Family therapy**, vol. 15, no. 2, pp. 157-174.

Zeig, J.K. 1994. **Ericksonian methods. The essence of the story.** New York: Brunner/ Mazel Publishers.

BYLAE A

VRAELYS SEKSUELE MOLESTERING

KOMPONENT 1: AGTERGRONDGEGEWENS

1. Instansie aan verbonde :
2. Beroep :
3. Jare in beroep :
4. Ouderdom :
5. Geslag :
6. Hoeveel ervaringing het u ten aansien van die seksueel-gemolesteerde kind?
7. Hoeveel aanmeldings in verband met seksuele molestering hanteer u per jaar?
8. Dink u u beskik oor die nodige kennis en kundigheid om 'n geval van seksuele molestering self te hanteer?

KOMPONENT 2: AANMELDING VAN SEKSUELE MOLESTERING

9. Wat verstaan u onder seksuele molestering ?
10. Wat is u eerste reaksie wanneer u met 'n aanmelding van seksuele molestering te doen kry ?
11. Hoe vinnig behoort optrede nou te geskied ?
12. Van watter tipe optrede word in vraag 11 gepraat ?

13. Wat is na u mening die korrekte hanteringswyse van 'n aanmelding van seksuele molestering ?
14. Watter prosedures sal u volg in die hantering van 'n seksuele molesteringsgeval en waarom ?
15. Moet seksuele molestering aangemeld word en indien wel, waar ?
16. Wanneer sal u 'n saak aanmeld en wanneer nie ? Motiveer u antwoord.
17. Noem die stappe wat u sal volg nadat 'n geval by u aangemeld is.

KOMPONENT 3: PROFESSIES EN INSTANSIES GEMOEID MET SEKSUELE MOLESTERING

18. Noem die verskillende professies en organisasies waarvan u bewus is, wat met seksuele molestering gemoeid is.
19. Wat bied elkeen van hierdie professies of instansies die seksueel-gemolesteerde kind ?
20. Watter van hierdie instansies hanteer self die gevalle ?
21. Watter van hierdie instansies of professies vertrou u en waarom ?
22. Is daar volgens u mening genoegsame ondersteuningstrukture om u by te staan tydens die hantering van 'n seksuele molesteringsgeval ? Indien wel, noem sodanige strukture.
23. Dink u seksuele molestering behoort deur 'n multi-professionele benadering hanteer te word ?
Gee redes vir u antwoord.

KOMPONENT 4: VERWYSINGS

24. Watter kriteria sal u gebruik om seksueel-gemolesteerde kinders te verwys ?
25. Indien u 'n saak verwys het na iemand anders, wat is u aandeel daarna ?
26. Hoe weet u of die verwysing suksesvol was of nie ?

KOMPONENT 5: INGRYPINGS- EN TERAPEUTIESE TEGNIEKE

27. Noem vanuit u verwysingsraamwerk aanbevole ingrypingsmetodes.
28. Wat is u doelwitte met die ingryping ?
 - Korttermyn
 - Langtermyn
29. Noem en verduidelik moontlike terapeutiese tegnieke wat u sal gebruik en u doelwitte met elkeen.

KOMPONENT 6: WETGEWING EN DIE UITVOERING DAARVAN

30. Wat is u opinie in verband met wetgewing oor seksuele molestering ?
31. Moet daar 'n kriminele klag teen die oortreder ingedien word ? Motiveer u antwoord.

KOMPONENT 7: HOUDINGE EN HANTERINGSWYSES VAN SEKSUELE MOLESTERING

32. Lewer u opinie in verband met die volgende stellings :
 - a. "Die kind moet uit die gesin verwyder word."
 - b. "Die oortreder moet uit die gesin of onmiddellike omgewing verwyder word. "
 - c. "Alles moet gedoen word om te verseker dat die gesin bymekaar bly."

33. U ontvang die volgende aanmeldings. Verduidelik wat u optrede sal wees en hoe u die saak end-uit sal hanteer. Motiveer al u antwoorde.

1. 'n Moeder afkomstig uit 'n gemiddelde inkomstegroep kom na u en sê dat sy vermoed dat haar dogter deur haar stiefvader seksueel gemolesteer word. Sy weet nie wat om te doen nie en vra u hulp.

2. 'n Dogter kom na u en sê dat haar vader haar onbehoorlik betas. Sy vra u hulp, maar wil nie hê dat die inligting bekend gemaak moet word nie.

3. 'n Voorskoolse kind kla gedurig oor 'n seer magie. Op 'n dag begin sy te bloei by die skool. Die skoolhoof skakel u en vra hulp.